UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 108

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE

SYNDROME DE DERCUM

(Quelques dosages de lipides sanguins
par la Méthode d'Adam)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 3 avril 1936

PAR

Jean-Léon-Camille BREFFEIL

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à PARTHENAY (Deux-Sèvres), le 31 août 1912

Examinateurs de la Thèse :

MM. CREYX, professeur ..... *Président.*
LABAT, professeur ..... *Juges.*
PETGES, professeur ..... *Juges.*
DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 108

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE

SYNDROME DE DERCUM

(Quelques dosages de lipides sanguins
par la Méthode d'Adam)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 3 avril 1936

PAR

Jean-Léon-Camille BREFFEIL

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à PARTHENAY (Deux-Sèvres), le 31 août 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, professeur..... ..... *Président.*
LABAT, professeur..... ..... .
PETGES, professeur..... } *Juges.*
DE GRAILLY, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6. Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ARADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
id	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AUX MEDECINS DE MA FAMILLE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR J. BREFFEIL

A MON PERE

LE DOCTEUR JOSEPH BREFFEIL

Ancien interne et ancien médecin résidant des hôpitaux de Bordeaux.

A MES ONCLES

LE DOCTEUR LÉON BREFFEIL

Ancien médecin principal de 1re classe de l'Assistance coloniale,
Ancien médecin chef de Dispensaires d'hygiène sociale.

LE DOCTEUR CHABANNES

Médecin principal de la Marine en retraite,
Ex-professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest
et à l'Ecole principale de Service de Santé de la Marine de Bordeaux,
Directeur du Sanatorium maritime de Saint-Trojan.

A MA MERE

A MON FRERE, A MA BELLE-SŒUR

A MES ONCLES ET TANTES

A MES NEVEUX

A MES COUSINS

A TOUS MES AMIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur Paul BOUSQUET

Médecin honoraire des hôpitaux.

Qui a été pour nous, au cours de nos études, le meilleur des guides et le plus sûr des conseillers.

A Monsieur le Docteur GRÉ

Médecin des Hôpitaux,

A qui nous devons l'une de nos observations. Qu'il nous permette de lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

A Monsieur CAZAUX

Docteur en pharmacie,
Licencié ès sciences,
Assistant d'hydrologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie.

Qui a mis tant d'empressement à pratiquer les examens de laboratoire qui nous ont été nécessaires au cours de ce travail; qu'il veuille bien recevoir ici tous nos remerciements.

A Monsieur le Professeur agrégé De GRAILLY

Médecin des Hôpitaux,
Chef de travaux d'Anatomie pathologique.

Qu'il veuille bien croire à notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur agrégé PIÉCHAUD

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

En témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur G. PETGES

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève, en témoignage de reconnaissance pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier.

A Monsieur le Professeur A. LABAT

Professeur de Toxicologie et Hygiène appliquée,
Pharmacien-chef des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A qui nous devons la méthode de dosage des lipides sanguins; qu'il trouve ici l'expression de notre très vive gratitude.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. CREYX

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a aidé de ses précieux conseils; nous avons eu l'honneur d'être externe dans son service; et c'est à ce double titre que nous lui adressons ce gage de respectueuse reconnaissance et de grande admiration.

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE

SYNDROME DE DERCUM

(Quelques dosages de lipides sanguins
par la Méthode d'Adam)

AVANT-PROPOS

Le syndrome de Dercum, comme presque toutes les maladies, est de date très ancienne, et, si sa description ne nous est connue que depuis 1888, nous avons la preuve qu'il existait déjà plus de 300 ans avant Jésus-Christ.

On a en effet trouvé à Athènes, en 1914 (1), des statuettes grecques et étrusques remontant à cette époque, exécutées en terre cuite polychrome et représentant des silhouettes de malades atteints par « *l'adipose douloureuse* ». Il s'agirait là d'ex-voto déposés par des pèlerins en quête de guérison auprès des dieux des « *temples de santé* » analogues à ceux de Cnide et de Cos en Asie Mineure.

L'une de ces statuettes, dont Crummer publie la photographie à côté de celle d'une négresse atteinte par le même processus, est particulièrement démonstrative : l'abdomen en

(1) Crummer (Leroy) (Omaha, U. S. A.), Adiposis dolorosa 300 years B. C., *Journal of American Medical Association Chicago*, 1924, p. 1420-1422.

tablier, la poitrine tombante, les lipomes du dos, contrastant avec la petitesse des mains et des pieds, est assez caractéristique sur cette figurine de 12 centimètres de hauteur pour nous convaincre qu'il s'agissait bien d'une « *adiposis dolorosa* », car la répartition de la graisse est exactement la même.

C'est bien le cas de dire une fois de plus :

« *Nil novi sub sole.* »

Depuis 1888 les observations des auteurs de tous les pays se sont multipliées, et leur nombre est aujourd'hui considérable. Toutefois, si le travail de tous ces chercheurs a vite réussi à nous bien préciser la symptomatologie du syndrome, il lui a fallu un temps bien plus long pour jeter un peu de lumière sur ses causes et sa pathogénie.

C'est sur ce point que portera surtout notre effort; nous essaierons d'analyser et de classer les opinions si diverses des auteurs qui ont publié des travaux sur la question.

Nous avons également pratiqué pour la première fois le dosage des lipides totaux sanguins dans ce syndrome; nous l'avons fait par la méthode d'Adam, qui a l'avantage d'être simple et de ne pas demander de réactifs coûteux ou compliqués.

Nous nous efforcerons, pour terminer, de porter les conclusions thérapeutiques qui découlent de cette étude, et nous serons heureux si ce modeste travail a pu apporter quelque chose d'utile à ce chapitre de la pathologie.

SYMPTOMATOLOGIE

Le syndrome se présente surtout chez des femmes ayant dépassé la ménopause, mais il existe aussi des observations chez des hommes, chez des femmes jeunes et même chez des enfants (1).

Dans l'évolution de cette affection, on distingue deux périodes : la première, celle du début, est le plus souvent méconnue; la deuxième, ou période d'état, est celle où l'on voit généralement les malades.

I. — *Période de début.*

Caractérisé par sa lenteur, le début est généralement insidieux. Des douleurs apparaissent d'abord, continuelles ou intermittentes, en des points variables : tantôt au niveau du tronc, tantôt au niveau des membres. La sensation éprouvée par les malades est aussi variable : picotements, brûlures, élancements, sont remplacées chez d'autres par des sensations de froid, de constriction, par du prurit, etc.

Peu à peu, les douleurs prennent de l'intensité et les malades remarquent souvent à cette période que la peau des

---

(1) a) *Jeunes femmes :* Babonneix, Azerad et Widiez (femme de 17 ans 1/2), *Gaz. des hôp.*, 1927, p. 64; — Laignel-Lavastine et Largeau (femme 25 ans), *Bull. et mém. Soc. de méd. des hôp.* Paris, 1923, p. 665-667, n° 47; — Price et Bird (femme 19 ans), *J. Am. Med. Ass.*, 1925, p. 247; etc.

b) *Hommes :* Dercum et Mac Carthy (homme), *Am. J. med. Soc.*, 1902, p. 994; — Ewald, 1895, *Berlin Klin. Wochschr.;* — Hallopeau et Boudet, *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syph.*, p. 1065, 1906; — Marinesco et Minea, *Mém. Soc. biol.*, 1916, p. 866-868; — Capel et Matheson, *British med. Journ. of Dermat.*, 1934, p. 311-313.

c) *Enfant :* Josephowitch (enfant 12 ans), *Rev. russe de méd.*, 1908, n° 17.

régions atteintes est le siège d'une légère rougeur, sans tuméfaction appréciable des téguments, mais, si l'on a (ce qui est rare) l'occasion de pratiquer l'examen à ce stade, on note l'existence dans le tissu cellulaire sous-cutané de petites nodosités mobiles douloureuses à la pression (2).

Bien souvent cette période est méconnue, et, après un temps qui peut se chiffrer en jours, en mois, ou en années, s'installe la période d'état.

II. — *Période d'état.*

On y rencontre des symptômes cardinaux et des symptômes secondaires ou accessoires qui sont, du reste, inconstants.

Symptômes cardinaux.

a) La lipomatose. — Elle peut se présenter sous trois formes :

1° La *forme nodulaire*, caractérisée par des tumeurs plus ou moins volumineuses, plus ou moins nombreuses, d'une consistance lipomateuse entrecoupée de travées scléreuses donnant l'impression de « paquets de vers ».

2° La *forme diffuse localisée*, dans laquelle l'adipose se limite à un membre, à un segment de membre ou à une partie du tronc, mais se présente comme une infiltration homogène du tissu cellulaire sous-cutané dans la zone atteinte, sans former de tuméfactions visibles. Cependant, dans ces formes, la palpation révèle souvent dans la profondeur de petites nodosités de quelques millimètres de diamètre que l'on peut regarder comme une forme intermédiaire entre l'adipose nodulaire et l'adipose diffuse (3).

---

(2) Balaro, *Prensa medica argentina*, 1931, p. 959.

(3) Goldblum-Golblin, *Le syndrome de Dercum; les troubles psychiques au cours de l'adipose douloureuse*, thèse Paris, 1927, n° 457, p. 16.

3° La *forme diffuse généralisée*, analogue à la précédente, mais atteignant tout le corps.

Outre ces trois formes, on peut trouver aussi des formes intermédiaires et des formes mixtes, mais toutes ces variétés ont un caractère commun, qui est leur *localisation élective*.

En effet, la lipomatose respecte presque toujours le cou, la face, les mains et les pieds, affectant ainsi en général une forme rhizomélique (4) à quelques exceptions près (5).

b) Les douleurs. — Elles sont spontanées ou provoquées. Dans la phase qui précède l'apparition des tumeurs, elles revêtent un caractère variable (comme nous l'avons dit plus haut), puis, quand les nodules ont atteint leur complet développement, elles deviennent parfois si violentes que le seul contact des vêtements est insupportable et que la palpation arrache des cris aux malades. Dans d'autres cas, les douleurs sont moins vives et même peuvent ne pas exister spontanément (6).

c) L'asthénie. — C'est un symptôme qui est noté par la plupart des auteurs à des degrés différents. Les malades sont parfois incapables du moindre effort, renonçant même à sortir de leur lit. A ce sujet, on peut rappeler le cas de Roux et Vitaut (7) concernant un sujet autrefois capable de soulever 200 kilogrammes, et qui ne pouvait plus travailler tant il se sentait fatigué. Cet état peut aller parfois jusqu'à une véritable astasie-abasie (Sabrazès) (8).

---

(4) Dercum, *Dystrophie du tissu cellulaire sous-cutané des bras et du dos*, etc. (Observation princeps), in *Journal of nervous and mental diseases*, New-York, 1888, XV, p. 695-697; — Crouzon, in *Pathologie Sergent* : VI. Neurologie, t. II, p. 382, 1921; — Plichet, in *Pratique médico-chirurgicale*, Masson, édit., 1931 : t. I, chap. « Adipose douloureuse ».

(5) Ballet, *Face dorsale des pieds; l'adipose douloureuse*, in *Presse médicale*, 1903, p. 285.

(6) Sellerin, *Adipose douloureuse*, thèse Paris, 1903, n° 957; — Achard : *Il y aurait des M. de Dercum non douloureuses*, in Laignel-Lavastine et Largeau, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1923, p. 665-667.

(7) Roux et Vitaut, *Adipose douloureuse*, séance de la Société de neurologie, sept. 1901, p. 881-888.

(8) In thèse Fressineau, Bordeaux, 1904-1905, n° 93.

d) Les troubles psychiques. — Ceux-ci sont inconstants et très variables d'un sujet à l'autre. En général, les auteurs signalent des troubles du caractère, de la dépression mentale, de la mélancolie [9], des troubles de la mémoire [10], de l'intelligence [11], souvent également du nervosisme, parfois des idées délirantes [12] et des hallucinations [13]. Mais souvent aussi il n'y a aucun trouble psychique [14].

Symptômes accessoires.

Ils sont très nombreux, si l'on veut citer tous ceux qui ont été signalés, car beaucoup se sont trouvés accolés au syndrome par simple coïncidence. Nous ne rapporterons que les principaux, que l'on peut classer comme suit :

a) Des *hémorragies* : métrorragies, épistaxis, hématémèses, melæna, purpura, ecchymoses, etc. [15].

b) Des *troubles vaso-moteurs* : soit vaso-constriction et sensation de froid, soit vaso-dilatation avec sensation de chaleur [16].

c) Des *troubles moteurs* : la motilité est bien souvent intacte, mais on trouve parfois des troubles de la marche, de la contraction musculaire [17].

d) Des *troubles sensitifs ou sensoriels* : on a signalé parfois des troubles de la perception, des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, mais ils sont rares. Plus souvent on trouve

---

(9) Boudet, *Bulletin médical*, 1904, p. 817.
(10) Sézary, *Revue de médecine*, 1907, p. 58-69.
(11) Dercum, *Amer. Journ. Sc. Philadelphia*, 1892, p. 521-535.
(12) Raymond et Guillain, *Revue de neurologie*, 1904, p. 630.
(13) Eshner, *Philadelphia medical Journal*, oct. 1898.
(14) Joffre, *Adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués*, thèse Paris, 1907.
(15) Giudice Andrea, *Rivista di path. nerv. e mentale*, 1900, p. 289.
(16) Pasteur-Vallery-Radot et Dolfuss, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1922, p. 1016.
(17) Gareiso, etc., *Prensa Medica Argentina*, 1932, p. 1637-1641.

des céphalées [18]; les troubles de la vision et de l'ouïe sont plus rares [19].

e) Des *troubles trophiques :* La peau est souvent atrophique, jamais elle n'est épaissie; on a signalé de la sclérodermie [20]. Les poils sont souvent raréfiés. L'atrophie musculaire, qui existe parfois, peut aussi être mise sur le compte des troubles trophiques. On a pu voir également des maux perforants [21]. Rénon a vu des arthropathies [22], Pennato une dystrophie osseuse [23], etc., mais ces faits sont trop rares pour que l'on puisse en tirer une conclusion.

La température est habituellement normale. Le sang et les urines ne comportent pas, dans les descriptions classiques tout au moins, d'altérations caractéristiques.

---

(18) Burr, *Journal of Nerv. and Ment. Dis.*, N. Y., 1900, p. 349.

(19) Dercum, *Philadelphia medical journal*, 1902, p. 396-399.

(20) Oddo et Chassy, *Adipose douloureuse avec sclérodermie*, in *Revue de neurologie*, 9 janv. 1902, p. 73-79.

(21) Hallopeau et Boudet, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 6 déc. 1906, p. 1065.

(22) Rénon et Heitz, *Société de neurologie*, juill. 1901, p. 704.

(23) Pennato. *Riforma medica*, 1904, p. 115.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Examinons les lésions de la graisse sous-cutanée. Voici d'abord l'opinion de Dercum, qui pratiqua des ponctions au niveau des tumeurs à quelque temps d'intervalle; examinant les fragments ainsi prélevés, il trouva « de petites masses translucides, comme de la gelée. Microscopiquement, il vit : A une première phase, du tissu conjonctif avec de grandes cellules fusiformes à gros noyau. Une deuxième préparation lui montra du tissu conjonctif peu abondant englobant des cellules graisseuses. Enfin, une troisième préparation révéla du tissu conjonctif réticulé abondant, englobant quelques rares éléments vasculaires, et, dans les mailles du réticulum, des cellules adipeuses » (1).

A ces trois phases anatomiques Dercum faisait correspondre trois phases symptomatiques : 1° œdème; 2° adipose; 3e sclérose.

En plus de cela, Dercum nota une « névrite interstitielle des filets nerveux sous-cutanés » (2), qui expliquait, pour lui, les douleurs.

Rénon et Louste, en 1902 (3), sont de l'avis de Dercum. Guillain et Alquier signalent, en 1906 (4), qu'on ne trouve ni capsule fibreuse ni plan de clivage autour des nodules lipomateux. Ballet remarque que la névrite serait à la fois interstitielle, parenchymateuse et sous-cutanée (5). En 1916, Marinesco et Minea cultivèrent des nodules d'adipose douloureuse

(1) Goldblum-Golblin, thèse Paris, 1927, n° 457, p. 45.
(2) Dercum, *Autopsy of A. D.*, in *Journal nerv. and ment. dis.*, 1900, p. 419.
(3) Rénon et Louste, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1902, p. 1130.
(4) Guillain et Alquier, *Arch. méd. exp. et anat. path.*, 1906, p. 680.
(5) Ballet, *Presse médicale*, 8 avr. 1903, p. 285.

in vitro [6] et obtinrent la transformation des cellules fusiformes signalées par Dercum en cellules graisseuses. Ils remarquèrent également que ces dernières présentaient du polychroïsme par le bleu Nil.

En 1931, Trémolières, Tardieu et Merklen [7] trouvèrent dans le tissu graisseux « quelques îlots inflammatoires avec périvascularite (ressemblant à des gommes miliaires), périnévrite, mais seulement dans les régions nodulaires, ailleurs le tissu graisseux restant normal ».

D'autres auteurs, comme Labbé et Boulin en 1927 [8], Capel and Matheson en 1934, n'ont trouvé que du tissu graisseux normal, même dans les nodules [9].

On trouve également des lésions splanchniques dans diverses parties de l'organisme.

a) Système nerveux. — Outre les lésions de névrite interstitielle que nous venons de signaler, Dercum trouva lors de sa première autopsie une dégénérescence des cordons de Goll au niveau de la moelle cervicale et dorsale [10]. Burr, en 1900, nota de l'hydromyélie [11] et une hydrocéphalie interne. Cependant les lésions le plus souvent constatées sont celles des glandes endocrines.

b) Glandes endocrines : 1° *Thyroïde*. — La plupart des autopsies rapportent un certain degré de sclérose [12], souvent avec hypertrophie [13], parfois avec infiltration calcaire [14]. Mais, dans certains cas, la thyroïde était intacte [15].

---

(6) Marinesco et Minéa, *C. R. Soc. biol.*, Paris, 1931, p. 817-818.
(7) Trémolières, etc., *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1931, p. 1496.
(8) Labbé et Boulin, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1927, p. 1934.
(9) Capel et Matheson, *Brit. journ. dermat.*, juill. 1934, p. 311-313.
(10) Dercum, *Am. Med. Journ. sc.*, Philadelphie, 1892, n° 1, p. 521-535.
(11) Burr, *Journ. nerv. and ment. dis.*, New-York, 1900, p. 520.
(12) V. Dercum ci-dessus; Guillain et Alquier, *Arch. de méd. exp. et anat. pathol.*, Paris, 1906, p. 680-687; — Ballet, *Presse médicale*, 1903, p. 285; — Price, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1909, p. 158.
(13) Merklen, etc., *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1933, p. 710; — Price et Bird, *Journ. of Amer. med. Ass.*, Chicago, 1925, p. 247.
(14) Henry, *Journ. nerv. and ment. dis.*, mai 1891, p. 154-193.
(15) Rome, *Lyon médical*, 1904, p. 1005.

2° *Hypophyse.* — Elle est très fréquemment atteinte : neuf observations la trouvent lésée jusqu'en 1922, ce qui est beaucoup par rapport au nombre d'autopsies et de radios de la selle turcique pratiquées jusqu'à cette époque dans l'adipose douloureuse [16]. Ce sont les observations de Dercum et Mac Carthy (1902), de Madelung (1904), de Delucq (1904), de Guillain et Alquier (1906), de Price (1909), de Babonneix et Spanowsky (1913), de Fournier (1919) et de Pasteur-Vallery-Radot, en 1922 (cités par ce dernier). Depuis cette date, Winckelmann et Eckel ont trouvé également dans un cas un adénome pituitaire [17]. D'après ces derniers, 15 autopsies auraient été pratiquées depuis 1888 dans le syndrome de Dercum, et, sur ce nombre, 1 seule n'aurait mis en évidence aucune lésion de l'hypophyse. Les modifications trouvées seraient habituellement des adénomes, des carcinomes ou des gliomes.

3° *Glandes génitales.* — α. Les *ovaires* sont parfois petits, durs et scléreux [18], parfois scléro-kystiques [19], parfois seulement un peu rétractés [20], et bien souvent aussi sans lésions.

β. Les *testicules* ont été trouvés atrophiés par Dercum et Mac Carthy [21], par Morlot et Gallois [22], parfois aussi normaux, comme dans le cas de Capel et Matheson [23].

D'autres lésions de glandes endocrines ont également été signalées bien que plus rarement : l'adénome surrénal par Winckelmann et Eckel [24], la persistance du thymus par

---

(16) Pasteur-Vallery-Radot, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp.*, 1922, p. 1016.
(17) Winckelmann et Eckel, *Journ. am. med. Ass.*, 1925, p. 1935.
(18) Burr, *Journ. nerv. and ment. dis.*, N. Y., 1900, p. 520.
(19) Winckelman et Eckel, voir note 17 ci-dessus; — Henry, *Journ. nerv. and ment. dis.*, mai 1891, p. 154.
(20) Trémolières, Tardieu et Merklen, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1931, p. 1496, 1504.
(21) Dercum et Mac Carthy, *Amer. Journ. med. Soc.*, 1902, p. 994.
(22) Morlot et Gallois, *Bourgogne médical*, 1894-1895, p. 44, t. II.
(23) Capel et Matheson, *Brit. Journ. dermat.*, 1934, p. 311-313.
(24) Winckelmann et Eckel, *Journ. am. med. ass.*, 1925, n°s 85, p. 1935.

Guillain et Alquier [25]. D'autres auteurs ont vu des lésions des glandes annexes du tube digestif : cirrhose hépatique et pancréatite parenchymateuse, par Trémolières, Tardieu, Merklen [26], et par Guillain et Alquier [27]. Mais ces lésions sont peut-être fortuites dans l'adipose douloureuse.

---

(25) Guillain et Alquier, *Arch. de méd. exp. et anat. path.*, 1906, p. 680.

(26) Trémolières, Tardieu et Merklen, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1931, p. 1496-1504.

(27) Voir note 25 ci-dessus.

LES LIPIDES SANGUINS — LEUR DOSAGE

A l'état normal, le sang humain contient de nombreuses substances lipoïdiques que l'on peut classer, conformément aux décisions de la « Commission de réforme de la nomenclature de chimie biologique » de La Haye (juillet 1928), comme suit [1] :

Lipides ternaires :

Glycérides : provenant de l'estérification du glycérol par des acides gras;

Cérides : formés par l'union d'alcools supérieurs monovalents et d'acides gras de poids moléculaire en général élevé;

Stérides : dans lesquels l'alcool est un stérol; le plus important est le cholestérol;

Etholides : formés par l'union de plusieurs molécules d'acides-alcools dans lesquels la fonction acide d'une molécule estérifie la fonction alcool de l'autre molécule.

Lipides complexes :

Phospholipides : renfermant du phosphore;

Phosphoaminolipides : renfermant phosphore et azote; eux-mêmes sont subdivisés en :

— Glycérophosphoaminolipides, comme la lécithine;

— Sphyngophosphoaminolipides, comme la sphyngomyéline.

(1) Mlle Graupeaud, *Contribution à l'étude analytique de la lipémie et de la cholestérolémie*, thèse pharmacie Bordeaux, 1934, n° 246, p. 17.

Pour doser les lipides du sang, on peut se proposer soit de mesurer isolément la valeur de chaque fragment lipidique, soit de se contenter d'une valeur globale, qui, pour avoir moins d'intérêt scientifique, n'en est pas moins commode en clinique si l'on veut avoir une méthode simple et rapide.

Les méthodes de dosage employées habituellement sont des procédés de dosage des *acides gras*. On les divise en :

— méthodes par oxydation;
— méthodes néphélométriques;
— méthodes acidimétriques;
— méthodes pondérales.

Les *méthodes par oxydation* sont basées sur le principe suivant : les acides gras extraits du sang sont oxydés, dans des conditions convenables, par une solution titrée, en excès connu de dichromate de potassium en présence d'acide sulfurique. L'excès d'acide chromique formé, non utilisé à l'oxydation, est titré iodométriquement.

Ce sont : la méthode de Bloor (modification du procédé de Bang) et les méthodes dérivées de celle de Bloor (Staub, Rappoport et Endelberg, Katsura-Hatakeyama), qui sont des microméthodes.

La méthode la plus connue, basée sur la *néphélométrie*, est celle de Bloor-Pelkan et Allen.

Les *méthodes acidimétriques* libèrent les acides gras après extraction et les dosent ensuite avec une solution titrée de soude. Elles évaluent les acides gras en *tripalmitide*. Telles sont les méthodes : de Stoddard et Drury (1929), modifiées par Evelyn B. Man et Edwin F. Gildea (1932); la technique de Stewart et While (1925), modifiée par Himwich, Fredmann et Mary Spiers (1931), reprise par Mlle Graupeaud (1934).

Toutes ces méthodes sont longues et complexes, elles nécessitent des produits très purs et certains réactifs doivent être préparés au moment de l'emploi; d'autres demandent un dosage « à blanc » à chaque séance. En somme, elles ne sont pratiques que si le laboratoire qui les utilise est parfaitement outillé et si ces dosages se font fréquemment.

Comme *méthode pondérale* isolant les acides gras, il existe celle de Grimbert, Laudat et Weil, qui précipite le cholestérol au digitonoside et dose ensuite les acides gras après diverses manipulations. Cette méthode est très longue et très coûteuse par l'emploi du digitonoside, elle ne présente pas d'intérêt pratique.

Il ne nous reste plus qu'une seule méthode : celle que nous avons employée sur les conseils de M. le Professeur Labat. Cette méthode, bien connue pour le dosage des graisses du lait, est celle d'Adam. Elle évalue les *graisses totales* du plasma, y compris le cholestérol. Voici la méthode, telle qu'elle a été employée par M. Cazaux, avec la technique qu'il a utilisée :

Dans un galactotimètre d'Adam, on introduit 1 cm³ d'ammoniaque et 10 cm³, exactement mesurés, d'un mélange à parties égales de plasma sanguin (sang oxalaté centrifugé) et d'eau distillée; on mélange par une légère agitation. On ajoute ensuite 25 cm³ de liquide éthéro-ammoniacal d'Adam et l'on agite fortement. Après un quart d'heure de repos, le liquide s'est partagé en deux couches, dont la supérieure, colorée en jaune, transparente, renferme les lipides du plasma. On décante presque entièrement le liquide sous-jacent à la couche éthérée, puis on verse dans le galactotimètre 5 cm³ d'eau distillée que l'on fait écouler le long des parois de l'appareil, que l'on tient légèrement incliné et que l'on fait tourner lentement pour éviter l'émulsion de la couche lipidique. Après cinq minutes de repos, on soutire la presque totalité de l'eau. On répète une seconde fois cette opération; puis on décante entièrement la couche aqueuse et l'on enlève les dernières gouttes d'eau restées dans la partie effilée de l'ampoule au moyen d'un fragment de papier-buvard. On laisse alors écouler la solution éthérée dans une capsule de platine tarée; on lave l'appareil à deux reprises avec quelques centimètres cubes d'éther, que l'on recueille également dans la capsule. Après évaporation de l'éther à l'abri de la poussière, on sèche à l'étuve à 100 degrés-110 de-

grés pendant une heure; puis on pèse. Il ne reste plus qu'à multiplier le chiffre obtenu par 200 pour avoir la quantité de lipides contenue dans un litre de plasma sanguin (2).

Cette méthode donne des chiffres différents de ceux obtenus par les autres procédés (Bloor, par exemple), aussi avons-nous dû commencer par déterminer d'abord la valeur de la lipémie normale chez l'homme par ce procédé avant de rechercher la lipémie pathologique de nos deux malades.

Nous avons pratiqué les dosages suivants chez des sujets à jeun :

Sexe et diagnostic	Lipides totaux en grammes	Cholestérol en grammes	Lipides — Cholestérol en grammes
	—	—	—
H. Etudiant	3,56	1,50	2,06
H. Etudiant	3,18	1,59	1,59
H. Etudiant	3,16	1,55	1,61
H. Emphysémateux	3,72	1,48	2,24
F. Bacillaire	3,00	1,88	1,12
F. Asystolique	3,02	1,50	1,52
H. Asthme	3,62	1,54	2,08
H. Cardiaque	3,76	1,62	2,14
F. Hémiplégie	4,02	1,74	2,28
H. Fatigue générale	3,92	1,80	2,12
F. Asthme	3,82	1,50	2,32
F. Hypertension	3,64	1,70	1,94
H. Sénile	3,78	»	»
F. Hémiplégie	4,24	»	»
H. Obèse simple	4,46	1,72	2,74

De ces mesures, nous pouvons déduire que le chiffre de la lipémie normale est certainement compris entre 3 grammes et 4 g. 24.

Mlle Graupeaud trouve, par sa méthode, un chiffre variant entre 4 g. 50 et 4 g. 80 (3) pour les acides gras totaux en tripalmitide.

---

(2) Cette méthode est celle décrite dans le *Précis de chimie analytique* de MM. Denigès, Chelle et Labat (t. II, p. 375-376), pour le dosage du beurre dans le lait. Dans son application au dosage des lipides du sang, il convient de diluer le plasma à 50 p. 100 afin d'éviter que la couche inférieure à décanter ne prenne une consistance gélatineuse qui rendrait la suite des opérations impossibles.

(3) Mlle Graupeaud, thèse pharmacie Bordeaux, 1934, n° 246, p. 41.

Certains auteurs trouvent même un chiffre pouvant atteindre 7 grammes pour les lipides totaux (4).

Quoi qu'il en soit, nous ne nous inquiéterons pas de la différence entre ces chiffres, ayant voulu, dans notre travail, utiliser une méthode de dosage simple et facile; nous avons soin de ne comparer entre eux que des résultats obtenus par la même méthode, tant pour les cas normaux que pour les cas pathologiques.

C'est, à notre connaissance, la première fois que ce dosage est pratiqué dans le syndrome de Dercum. Nous pouvons cependant comparer les résultats que nous avons obtenus avec ceux publiés récemment, dans une affection voisine, par MM. Decourt, Guillemin et Demange, dans deux cas de maladie de Barraquer-Simons (5).

Chiffre normal, 5 à 7 grammes;
Cas n° 1, 7 g. 9;
Cas n° 2, 12 g. 5.

Tandis que dans nos deux observations, nous avons trouvé :

	1er dosage	2e dosage	Moyenne
Chiffre normal 3 à 4 g. 24.			
Mme L.	6 g. 70	6 g. 74	6 g. 72
Mme D.	6 g. 24	6 g. 16	6 g. 20

Nous avons également dosé le cholestérol total, les auteurs précédents ont dosé le cholestérol libre et le cholestérol estérifié (en grammes) :

Cholestérol	libre	estérifié	Total
Chiffre normal :	0,70	1,00	1,50
Cas n° 1	0,63	1,00	1,63
Cas n° 2	2,45	0,85	3,30
Mme L.			1,96
Mme D.			1,76

(4) Jacques Decourt, Guillemin et Demange, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 24 janv. 1936, p. 197-201.
(5) Id., *ibid.*

Comme on le voit, la lipémie n'est pas toujours augmentée dans les lipodystrophies, la cholestérolémie non plus.

MM. Decourt Guillemin et Demange expliquent ce fait de la manière suivante :

1° L'augmentation des lipides du sang est, non point la cause, mais la conséquence de la lipodystrophie.

2° Ils expliquent la divergence des résultats obtenus chez leurs deux malades par le fait que, chez la première, la désintégration des graisses de la partie supérieure du corps (qui est un des caractères de la maladie de Barraquer-Simons) serait terminée, tandis que dans le deuxième cas ce transport de lipides se ferait encore. Il résulte de cela que l'augmentation de la lipémie serait plus une conséquence de la désintégration des graisses que de l'obésité proprement dite.

En ce qui nous concerne, la lipémie presque normale (4 g. 46) que nous avons eue chez un obèse pourrait être en faveur de cette hypothèse.

Une autre considération est intéressante : c'est la possibilité de voir les diverses fractions lipidiques du sang inégalement modifiées. C'est le cas du cholestérol libre et du cholestérol estérifié dans le cas n° 2, de Decourt, cité plus haut. De même, Bargi (6) signale les observations recueillies chez 20 sujets présentant des syndromes postencéphalitiques. Chez eux, Bargi n'a trouvé que 4 hyperlipidémies, alors que tous ces sujets présentaient des modifications de certaines fractions lipidiques de leur sang.

Van Bogaert et Van Meel (7) trouvent une diminution isolée des acides gras du sang dans l'excitation expérimentale de l'hypothalamus.

Il y aurait donc intérêt à pratiquer souvent le dosage séparé de tous les lipoïdes du sang, malgré la complexité des méthodes actuellement employées pour cette mesure.

---

(6) Bargi, *Minerva Medica*, 21 juill. 1935, p. 71-78.

(7) Van Bogaert et Van Meel, séance de la Société de biologie du 18 janv. 1936.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle).

Mme L..., 52 ans, entre à l'hôpital le 7 mars pour fatigue générale et des « douleurs ».

Antécédents personnels. — Dans son enfance, la malade a présenté le croup et la coqueluche, ainsi que deux érysipèles de la face, plus tard. Sa vie génitale fut particulièrement courte, puisqu'elle ne fut réglée que de 15 à 28 ans, encore que très irrégulièrement. Devenue enceinte à 16 ans, elle accoucha prématurément, à six mois, d'un enfant qui mourut rapidement. Elle semble, par ailleurs, avoir eu une fragilité assez grande des os, car elle fit à 20 ans une fracture de l'humérus gauche; à 23 ans, elle se brisa la styloïde radiale droite, et, à 42 ans, elle se fractura le tibia droit au tiers inférieur, et le péroné au tiers supérieur (le cal est encore facilement perceptible à la palpation). A 17 ans, elle s'était luxé le genou droit.

Sa mère mourut, à 72 ans, « de la poitrine »; son père, de congestion, à 82 ans. Sa sœur se porte bien; son mari également (elle s'est mariée à 37 ans).

Actuellement, la malade est entrée à l'hôpital pour des douleurs localisées aux membres inférieurs et pour un embonpoint excessif, qui, joints à une sensation de lassitude persistante, la gênent considérablement dans les occupations de son ménage.

Ces douleurs débutèrent à 28 ans, en 1911, quelques mois après sa ménopause précoce; elles étaient alors légères et intermittentes, se produisant, une fois par semaine environ, sous la forme de picotements qui persistaient même la nuit et empêchaient le sommeil. Chacune de ces petites crises duraient à peu près vingt-quatre heures.

Longtemps ces manifestations restent stationnaires, mais, surtout depuis 1920, les douleurs deviennent plus fréquentes et plus vives; depuis 1930, elles sont presque continuelles. Elles sont toujours limitées aux membres inférieurs.

C'était vers 1920 (époque de son mariage) que la malade avait commencé à engraisser, mais le tissu adipeux se localisa bientôt aux membres inférieurs et à la ceinture pelvienne. Apparaissent ensuite assez rapidement des déformations autour des genoux et des malléoles, formant des « boules » — comme dit la malade — particulièrement douloureuses. Elle souffre également des genoux et des cous-de-pied. Tout cela s'installe insidieusement, sans la moindre poussée fébrile.

Ces tuméfactions, dures et douloureuses, augmentent de volume, mais cependant, entre 1930 et 1935, à trois ou quatre reprises, elles ont cessé de croître, et même ont un peu régressé avant de reprendre leur évolution. Du reste, depuis 1933, leur volume n'a pas sensiblement varié, non plus que leur sensibilité.

Actuellement, la malade pèse 73 kg. 700, sa taille n'est que de 1 m. 50. Son facies est d'aspect normal, mais bien rempli, avec quelques varicosités aux pommettes. Les cheveux et les sourcils sont normaux; le regard est un peu fixe, avec clignements rares, sans exophtalmie. Le cou est normal, sans trace de goitre.

Le thorax, en avant, présente des seins un peu ptosiques, les reliefs sont empâtés par la graisse; en arrière, les omoplates sont recouvertes d'un panicule adipeux épais qui masque en grande partie leur saillie.

Les membres supérieurs sont adipeux sans excès; on note à la partie postérieure des deux bras une masse sous-cutanée, de consistance adipeuse (1), adhérente à la peau, mais facile à mobiliser sur le triceps sous-jacent. Les avant-bras sont à peu près normaux, les mains, au contraire, sont petites, maigres, luisantes, et la peau est facilement plissable, un peu atrophique.

L'abdomen, volumineux, est étalé, les hanches sont très élargies

---

(1) Cf. Babonneix, Azerad et Widiez, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1927, p. 1057-1059. La seule observation qui note un fait analogue.

par de véritables coussinets adipeux rappelant les « paniers » des robes d'antan. Les poils du pubis et des aisselles sont clairsemés, il n'y en a rigoureusement pas sur le tronc et les membres en dehors de ceux-là.

Les membres inférieurs sont de coloration normale, à part quelques varices çà et là; les cuisses sont grosses, mais c'est surtout à la face interne des genoux que l'on remarque la présence de deux bourrelets gros comme le poing, dont la consistance, assez molle dans l'ensemble, fibreuse par endroits, rappelle tout à fait la comparaison classique du « *paquet de vers* ».

La peau, dans toutes les régions adipeuses, est adhérente et son plissement, qui est douloureux, donne une ébauche du signe de la « peau d'orange ».

Les articulations des genoux sont douloureuses à la mobilisation, même passive. Les jambes sont, en proportion, bien moins augmentées de volume que les cuisses; autour des chevilles on remarque deux petits nodules, de consistance pseudofluctuante s'ajoutant à la saillie normale des malléoles.

Les pieds, un peu gros, sont peu modifiés.

La palpation méthodique du tissu cellulaire sous-cutané fait découvrir dans les régions sous-maxillaires et géniennes une épaisseur et une infiltration anormale du derme rendant le plissement difficile, mais non douloureux (2).

L'examen du système nerveux ne montre pas de troubles objectifs des réflexes, de la motilité ni de la sensibilité. Par contre, il y a quelques troubles psychiques : la mémoire et la volonté sont nettement diminuées, on peut noter aussi une sorte de gaieté allant jusqu'à l'insouciance et un peu de lenteur intellectuelle.

La malade est asthénique au point de ne pas pouvoir se tenir debout, et des actes très simples, comme celui de la pesée, deviennent d'une difficulté importante.

Par ailleurs, l'examen somatique n'apporte rien de particulier : les bruits du cœur sont normaux et bien frappés; le pouls bat

---

(2) Non classique, mais on trouve un cas analogue dans l'observation de Maddox, *Medical Journ. Australia*, 1931, p. 817-818.

à 86; la tension artérielle est de : Mx, 21; Mn, 7; Pe, 11; Io, 3 1/2. Du côté de l'appareil digestif, la malade accuse quelques pesanteurs gastriques et même des vomissements bilieux, le matin, de temps en temps. Elle prétend ne jamais boire ni vin ni alcool. Elle est fréquemment constipée. Les poumons sont normaux. Le toucher rectal et le toucher vaginal sont négatifs, le foie et la rate ne paraissent pas modifiés. Pas de ganglions anormaux.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, la malade se plaint d'une vive douleur au dos du pied droit, au niveau du Ier métatarsien, près de la base du gros orteil; ce point était le siège d'un érythème intense sur une largeur de 3 centimètres environ, très douloureux à la pression avec un peu d'œdème en un point très limité. La température s'élève à 38°2; avec des pansements humides, cette plaque pâlit, mais l'œdème s'étend à tout le dos du pied. Le tout évolue en cinq jours.

On pensait qu'il s'agissait là d'une lymphangite un peu atypique, ayant eu son point de départ au niveau de petites plaies minimes péri-unguéales, lorsque, le lendemain, apparut une rougeur semblable du côté opposé qui évolua de la même manière dans une région symétrique avec température à 38 degrés et pouls à 120. Après une évolution fébrile de cinq jours, on parvient également à un stade d'œdème qui se résorbe en une dizaine de jours sans laisser de traces. Ne pouvant expliquer cet épisode, nous avons cherché dans la littérature un cas semblable, et nous avons trouvé celui de Ballet, en 1903. Ce malade présenta un phénomène (3) analogue. L'auteur se demande s'il ne s'agit pas là d'un stade préparatoire à l'envahissement par l'adipose. L'intégrité des pieds n'est pas, en effet, une chose rigoureusement constante, puisque la malade de Le Play (4) avait quelques lésions au-dessous du coude-pied.

Cependant Mme L..., revue un an après, ne présente pas d'adipose de la face dorsale des pieds...

Traitement. — Pendant le reste de son séjour à l'hôpital

---

(3) Ballet, *Presse médicale*, 1903, p. 285.
(4) Le Play, *Revue de neurologie*, 1905, p. 1202-1204.

(en 1935), la malade est traitée simplement par une opothérapie *per os* thyro-hypophyso-ovarienne et un régime à prédominance végétarienne. Ce traitement calme assez bien les douleurs de la malade, qui est un peu améliorée en rentrant chez elle le 28 juin 1935.

Mais son poids a augmenté au lieu de diminuer sous l'influence de la médication : De 73 kg. 700 le 26 mars, il passe à 74 kilos le 16 mai, et à 76 kg. 300 le 17 juin.

Pendant six mois, la malade séjourne chez elle, en compagnie de sa sœur. Comme elle se sent fatiguée, elle se confine de plus en plus au lit, et, à la fin de décembre 1935, elle est de nouveau incapable de se tenir debout seule, alors qu'elle pouvait encore le faire au mois de juillet. Elle revient à l'hôpital le 27 janvier 1936 complètement impotente et les douleurs au niveau des membres inférieurs ont repris leur intensité.

Le 6 février 1936, on pratique une radio du crâne, qui montre « une selle turcique normale, avec peut-être un peu de décalcification des clinoïdes ».

On donne à la malade des extraits pluriglandulaires par voie buccale, puis hypodermique, et on lui fait faire du massage des régions douloureuses.

Dès les premières séances, les douleurs s'atténuent manifestement. Les progrès sont rapides, car la malade n'a plus de douleurs à la fin de février et peut se lever et marcher seule, le 9 mars, pendant quelques instants. Depuis cette date, elle se lève chaque jour un peu.

Examens de laboratoire :

Réaction de Bordet-Wassermann négative.
Réaction de Meinicke négative.
Réaction de Kahn négative.
Urée sanguine, 0 g. 18;
Glycémie, 0 g. 95;
Acide urique, 0 g. 120;
Sérine-globuline, 1 g. 48;
Chlore total, 4 g. 20;
Chlore plasmatique, 3 g. 20;

Chlore globulaire, 1 g.;
Calcémie, 0 g. 110;
Lipoïdes totaux (M. d'Adam), 6 g. 72;
Cholestérol, 1 g. 96;
Lipoïdes-cholestérol, 4 g. 76.

Numération, formule leucocytaire :

Hématies, 3.960.000;
Leucocytes, 5.600;

Polynucléaires neutrophiles, 73 p. 100;
Eosinophiles, 4 p. 100;
Lymphocytes, 16 p. 100;
Monocytes, 7 p. 100.

Métabolisme basal : + 3,7 p. 100.

Observation II.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Gré.)

Mme D..., 45 ans, bonne à tout faire, entre le 9 mars 1935, à l'hôpital pour adipose douloureuse de la paroi abdominale antérieure.

Antécédents personnels. — De tempérament plutôt chétif pendant sa jeunesse, elle eut la scarlatine à 12 ans, et de la tendance aux entérites étant jeune fille. Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement, mais avec peu d'abondance par la suite. Elle fut opérée d'appendicite à 24 ans, se maria à 25 ans, pesant alors 46 kilos pour une taille de 1 m. 52. Elle eut ensuite quatre grossesses :

1° En 1916 : grossesse difficile avec ictère et albuminurie, elle accouche à terme d'un enfant mort-né;

2° En 1917 : grossesse normale, l'enfant est normal, vivant et bien portant;

3° En 1921 : grossesse avec hydramnios et albuminurie, donne naissance à un enfant normal, né à terme, mais qui meurt à 26 mois de granulie (d'après ce que nous dit la malade);

4° En 1922 : grossesse normale, enfant à terme, vivant, bien

portant, mais présentant un phimosis, une hernie double et une coxa-vara.

En 1927, la malade fait un séjour de deux mois à l'hôpital pour une congestion pulmonaire (?) qui ne laisse aucune séquelle.

En 1929, elle est traitée par le professeur Bégouin, pour un épithélioma du col utérin, par radiumthérapie. Ce traitement entraîne une castration physiologique.

Histoire de la maladie. — Depuis cette époque, où cessent les règles, la malade se plaint de bouffées de chaleur, d'insomnies, et son caractère se modifie : elle devient plus nerveuse.

En ce qui concerne son adiposité, la malade raconte qu'elle a commencé à grossir vers 1918 (28 ans). En 1929, elle pèse 72 kilos, alors qu'en 1915 son poids n'était que de 46 kilos. Mais c'est surtout depuis 1929 (ménopause) que son obésité s'est accrue, principalement au niveau du ventre. En même temps qu'il se développe, ce tissu graisseux devient douloureux, spontanément, sous forme de sensation de coups d'aiguilles. Cependant la santé générale reste bonne, mais les bouffées de chaleur, les insomnies et le nervosisme persistent toujours.

En janvier 1935, Mme D.... nous dit avoir eu une nouvelle congestion pulmonaire (?).

Elle se décide en mars 1935 à entrer à l'hôpital, car elle commence à être gênée par son adipose abdominale.

Antécédents familiaux. — Aucun cas semblable n'existe dans sa famille, qui serait plutôt maigre dans l'ensemble. Son père et sa mère sont morts, elle a deux frères et sœurs bien portants, mais trois autres seraient morts, vers l'âge de 16-18 mois, de méningite. Parmi eux, une sœur jumelle.

Examen. — La malade a un facies bien coloré et bien rempli, elle présente une adiposité diffuse mais surtout importante au niveau de la paroi abdominale antérieure, qui retombe en tablier devant ses cuisses, formant un sillon profond de 5 à 6 centimètres.

Par ailleurs, la malade, qui n'est pas asthénique, souffre au niveau des régions atteintes. Celles-ci sont épaisses à la palpation, et, sous la peau qui leur est adhérente, on perçoit un grand nombre de petits nodules de grosseur variant depuis celle d'une tête

d'épingle jusqu'à celle d'un pois, réunis par une masse de tissus plus souples. Cette palpation n'est pas très douloureuse si elle est pratiquée avec précaution.

L'adipose s'étend à l'abdomen, au dos et la racine des membres; les mains et les pieds n'en sont pas atteints.

Aux chevilles, on perçoit de chaque côté des malléoles de petites masses finement lobulées pseudofluctuantes, de consistance lipomateuse, de 2 à 3 centimètres de diamètre environ, aplaties, mais donnant néanmoins au passage de la main une légère sensation de ressaut, car leur limite est nette du côté du pied.

Au niveau des poignets, le tissu adipeux s'arrête aussi assez brusquement, mais la limite en est beaucoup moins nette cependant. Les bras et les avant-bras, ainsi que les jambes, sont peu atteints par l'adipose diffuse qui épaissit la racine des cuisses.

Au niveau du thorax, on note à la palpation quelques nodules séparés. L'un d'eux, gros comme une noix, situé sous le sein gauche, était le siège d'une petite ulcération. Il a été extrait et examiné microscopiquement (voir le compte rendu à la fin de l'observation).

En arrière, les reliefs sont effacés, on remarque à droite de la IV^{e} vertèbre dorsale la cicatrice d'un anthrax.

Au cou, il y a un peu de tissu graisseux, qui rend la peau difficile à plisser, comme infiltrée dans ses couches profondes. Cette particularité peut se percevoir au-dessous du menton, aux angles de la mâchoire et à la nuque. Mais ces régions ne sont pas douloureuses.

A la face les joues, bien remplies, traduisent une légère atteinte des boules de Bichat, qui sont du reste un peu douloureuses à la pression.

Le système pileux est normal, plutôt même augmenté, si l'on s'en remet à la présence de quelques nævi pileux au menton et d'un peu de moustache.

L'examen du cœur est négatif, les bruits sont normaux; la tension est de : Mx, 15; Mn, 8; Io, 3; le pouls bat à 65.

L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

L'appareil digestif ne présente actuellement rien de pathologi-

que, l'appétit est bon, il n'y a ni constipation ni douleurs. Mais, en 1933, la malade a présenté des brûlures gastriques et des vomissements. Elle a suivi alors un régime lacté exclusif avec 2 litres de lait par jour pendant plusieurs mois, ce qui, paraît-il, ne porta aucune atteinte à son embonpoint.

Depuis son traitement au radium, en 1929, la malade n'a jamais eu ni pertes, ni douleurs, du côté de son appareil génital.

L'appareil ganglionnaire est normal.

Système nerveux : Les réflexes oculaires sont normaux, ainsi que tous les autres réflexes tendineux et cutanés.

La malade prétend ne pas voir de l'œil gauche.

Par ailleurs, la sensibilité est normale partout, mais, depuis un an, Mme D... est devenue très frileuse.

Le 28 mars 1935, le Docteur Magendie procède à l'excision de 1 kg. 400 de graisse abdominale au niveau de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Les suites opératoires sont normales. Un fragment de la « *tranche* » ainsi prélevée est envoyé au laboratoire (voir compte rendu).

La malade est ensuite soumise à un traitement opothérapique (thyroïde-hypophyse-ovaire) et à un régime léger.

Le 9 mars (entrée), elle pesait 87 kilos.

Le 7 mai, elle ne pèse plus que 80 kilos.

Le 16 mai, 79 kilos.

Le 23 mai, 78 kilos.

Les douleurs cessent également sous l'influence du traitement et la malade sort le 27 mai 1935, nettement améliorée tant par le traitement chirurgical que par le traitement médical.

Examens de laboratoire (examens anatomiques dus à l'obligeance de M. le Professeur Sabrazès) :

Biopsie (11 mars 1935) : Nodules fibromateux avec un follicule pileux, cavité où doivent se déverser les produits de glandes sébacées.

Il y a une lésion acnéique d'inflammation. Le tissu cellulo-adipeux est anormal, il contient des territoires de nécrose de la graisse.

On ne voit pas de tubercule.

Un autre fragment montre une réaction du tissu adipeux, plus marquée, il y a des manifestations de régression avec évolution fibreuse des régions cellulo-adipeuses.

Pièce opératoire (28 mars 1935) : Lipomatose allant jusqu'au derme exclusivement, avec des travées conjonctivo-vasculaires très discrètes.

Examens du sang :

Réaction de Bordet-Wassermann négative.
Réaction de Meinicke négative.
Réaction de Kahn négative.
Urée sanguine, 0 g. 17;
Glycémie, 0 g. 94;
Calcémie, 0 g. 12;
Cholestérol, 1 g. 76;
Lipoïdes totaux (M. d'Adam), 6 g. 20;
Lipoïdes-cholestérol, 4 g. 44.

Numération, formule leucocytaire :

Hématies, 3.720.000;
Leucocytes, 4.800 :

Polynucléaires neutrophiles, 83 p. 100;
Eosinophiles, 2 p. 100;
Lymphocytes, 16 p. 100;
Mononucléaires, 9 p. 100.

Métabolisme basal : — 14 p. 100.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

De très nombreuses causes ont été invoquées pour le syndrome de Dercum. Essayons d'abord de les classer, nous les discuterons ensuite.

Les femmes sont certainement beaucoup plus atteintes que les hommes (dans la proportion de 10 contre 1 environ). L'âge prédispose également, car la plupart des observations sont celles de femmes ayant dépassé 45 ans. Mais il y a des cas chez des jeunes femmes et même chez des enfants (voir *Symptômes*). Certains ont signalé des formes familiales [1].

Le traumatisme est bien souvent invoqué par les malades, mais son rôle est, sans doute, très accessoire [2].

Comme maladies générales, la syphilis a été incriminée par Collins [3], par Laignel-Lavastine [4]; la tuberculose par Bernard [5], par de Massary [6].

L'alcoolisme se rencontre plus souvent dans les observations : la malade de Delucq et Alaux [7] était fille d'alcoolique, celle de Debove était alcoolique et éthéromane [8]. Celle de Deny et Le Play était à la fois hérédo-alcoolique et alcooli-

(1) Crouzon, in *Pathologie Sergent*, « Neurologie », t. VI, II, p. 362, Masson, édit., Paris, 1921.

(2) Eshner, *Philadelphia medical Journal*, oct. 1898; — Rénon et Louste, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1902, p. 1130.

(3) Collins, *A text book of nervous diseases Philadelphia*, 1895.

(4) Laignel-Lavastine et Largeau, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, 1923, p. 665-667.

(5) Bernard, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1907, p. 658.

(6) De Massary, *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1907, p. 638.

(7) Delucq et Alaux, *Presse médicale*, 1904, p. 594.

(8) Debove, *Gaz. des hôp.*, 1904, p. 1069.

que elle-même [9]. M. le Professeur Sabrazès a également rapporté une observation de fille d'alcoolique [10]. Il en est de même dans les cas de Henry [11] et de Morlot et Gallois [12].

On a signalé aussi l'influence des émotions morales, de l'hystérie et de l'épilepsie. Plus importante paraît être celle de la ménopause, nous l'envisagerons plus loin avec les troubles ovariens.

Etudions maintenant les troubles des glandes endocrines, que l'on peut envisager soit comme étiologie, soit comme pathogénie, selon qu'il s'agit de lésions primitives ou secondaires de ces organes.

Thyroïde. — Les lésions de cette glande ont été les premières notées, la première observation de Dercum en fait mention [13]. On retrouve celle-ci dans les observations de Henry [14], de Roux et Vitaut [15], de Giudice Andrea [16], de Dide [17], etc.; plus récemment de Price et Bird [18], en 1925. Pour certains auteurs, il s'agirait plutôt d'une dysthyroïdie : Ghelfi [19] rapporte, en 1904, une observation concernant une basedowienne, de même Giulo Fratti en 1907 [20]. Du reste Vitaut [21], dans sa thèse, concluait déjà (1901) : « Adipose douloureuse, goitre exophtalmique et myxœdème, forment un même groupe dans lequel les lésions thyroïdiennes, fait primitif, ont pour conséquence soit des maladies nerveuses, soit des dystrophies. »

---

(9) Deny et Le Play. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1903, p. 280.
(10) Sabrazès, in thèse Fressineau, Bordeaux, 1904-1905, n° 93, p. 45.
(11) Henry, *Journ. nerv. and mental dis.*, mai 1891, p. 154-193.
(12) Morlot et Gallois, *Bourgogne médical*, 1894-1895, t. II, p. 44.
(13) Dercum, *Journ. nerv. and ment. dis.*, New-York, 1888, p. 695.
(14) Henry, voir note 11 ci-dessus.
(15) Roux et Vitaut, *Revue neurologique*, sept. 1901, p. 881-88.
(16) Giudice Andrea, *Rivista di patol. neurol. e mentale*, 1900, p. 289.
(17) Dide et Leborgne, *Revue neurologique*, oct. 1903, p. 647.
(18) Price et Bird, *Journ. of Am. med. Ass.*, 1925, p. 247.
(19) Ghelfi, *Bollet. e della Cliniche*, sept. 1904, p. 389.
(20) Giulo Fratti, *Gazetta degli Ospedali e delle cliniche*, Milan, 1907, p. 906.
(21) Vitaut, thèse Lyon, 1901, n° 160.

Hypophyse. — Burr, le premier [22], trouve à l'autopsie d'une malade atteinte d'adipose douloureuse, une dégénérescence gliomateuse de la pituitaire. Puis Dercum et Mac Carthy [23] rencontrent un carcinome de la même glande. Madelung [24], dans une observation concernant une fillette de 9 ans qui avait reçu un coup de feu, le projectile siégeant à proximité de l'hypophyse (vérifié par la radiographie), attribue l'adipose généralisée à une lésion de cet organe. Delucq et Alaux pensent également à cette étiologie, le cas qu'ils signalent [25] présentant une tumeur de l'orbite. Signalons aussi les observations de Guillain et Alquier [26], de Price [27], de Babonneix et Spanowsky [28], de Babonneix, Azerad et Widiez [29], de Pasteur-Vallery-Radot et Dolfuss [30], de Merklen, Aaron, Israël et Jacob, en 1933 [31]. Cette dernière est très intéressante, car les auteurs ont trouvé, d'une part, les ferments ovariens diminués à l'interférométrie, et d'autre part une réaction de Max Aaron très positive, ce qui indique un excès de thyréostimuline libre, soit parce que l'hypophyse sécrète trop, soit parce que sa sécrétion n'est plus neutralisée par la folliculine.

Ovaires. — La dernière observation précédente signale également une diminution de l'activité fonctionnelle des ovaires. Du reste, la ménopause naturelle ou artificielle (Mme D...) semble avoir un rôle important, puisque la majorité des malades sont âgées de plus de 45 ans. Nombreux sont, en effet,

---

(22) Burr, *Journ. or nerv. and ment. dis.*, 1900, p. 519.

(23) Dercum et Dac Carthy, *Am. Journ. med. sc. Philadelphie*, 1902, p. 994-1006.

(24) Madelung, *in* thèse Fressineau, Bordeaux, 1904, n° 93, p. 79.

(25) Delucq et Alaux, *Presse médicale*, 1904, p. 594.

(26) Guillain et Alquier, *Arch. de méd. exp. et anat. path.*, 1906, p. 680.

(27) Price, *Philadelphia Neurological Society*, 23 oct. 1906.

(28) Babonneix et Spanowsky, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1913, p. 432-437.

(29) Babonneix, Azerad et Widiez, *Gaz. des hôp.*, 1927, p. 1057.

(30) Pasteur-Vallery-Radot, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, 1922, p. 1016.

(31) Merklen, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1933, p. 710-716.

les auteurs qui estiment que l'insuffisance ovarienne a une part dans l'étiologie de ce syndrome. Crouzon et Nathan envisagent cette origine (32), les deux observations de Sicard et Roussy (33) sont particulièrement intéressantes, car elles ont trait à deux jeunes femmes qui ont eu de l'adipose douloureuse après ablation des ovaires : elles avaient respectivement 31 et 33 ans.

Testicules. — De même que chez la femme l'origine ovarienne a été soupçonnée, de même chez l'homme a-t-on pu penser à une cause génitale : Hallopeau et Dainville (34) rapportent, en 1914, l'observation d'un homme de 55 ans présentant, en plus du syndrome de Dercum, de la gynécomastie et un testicule atrophique.

Surrénales. — Quelques auteurs ont noté au cours d'autopsies de malades atteintes d'adipose douloureuse des lésions des surrénales : Mac Carthy en 1906 (35), et surtout Winckelmann et Eckel (36) en 1925. Ce dernier a trouvé un adénome surrénal gauche associé, du reste, à des lésions des autres glandes endocrines. Il donne le détail des 15 autopsies qui avaient été faites avant lui.

Parathyroïdes. — Elles peuvent jouer parfois un rôle, mais sûrement de manière très secondaire : Oddo et Chassy relatent une observation (37) associée à de la sclérodermie.

En tout cas, il est rare qu'une glande soit seule atteinte, aussi la plupart des auteurs croient à une origine pluriglandulaire. C'est l'opinion de Winckelmann et Eckel, dont nous venons de citer le travail, de Guillain et Alquier (38), qui a

---

(32) Crouzon et Nathan, *Revue neurologique*, 1907, p. 298.
(33) Sicard et Roussy, *Soc. méd. des hôp.*, 16 oct. 1903.
(34) Hallopeau et Dainville, *Bull. Acad. de méd.*, 1914, p. 406.
(35) Mac Carthy, *in* Price, *Philadelphia neurol. Soc.*, 23 oct. 1906.
(36) Winckelmann et Eckel, *Journ. am. med. Ass.*, 1925, n° 85, p. 1935.
(37) Oddo et Chassy, *Revue neurologique*, 1902, p. 73-79.
(38) Guillain et Alquier, *Arch. de méd. exp. et anat. path.*, 1906, p. 680.

trouvé, avec d'autres lésions, un cas de persistance du thymus.

En dehors de cette étiologie, de nombreux auteurs ont pensé à une *origine nerveuse;* Roux et Vitaut, déjà, en 1901, avaient rapporté une observation avec des nodules le long des trajets nerveux (chez un homme) (39); Simoniesco (40) est également de cet avis. D'ailleurs, en 1900, Dercum signalait des lésions des cordons de Goll au cours d'une autopsie (41), et Burr, la même année, trouve de l'hydromyélie (42). Kaplan et Fedorov (43), en 1902, présentent un cas chez une hémiplégique hystérique ayant également des signes de sclérose en plaques. Toutes ces considérations ont aiguillé les chercheurs vers la possibilité d'une origine nerveuse au syndrome de Dercum.

L'hystérie a été incriminée par Ferré (44), par Marcou (45); Henry (46), en 1891, Prunier, en 1907, pensent à l'épilepsie (47).

Les cas d'adipose douloureuse observés après encéphalite épidémique sont plus nombreux. Signalons ceux de Nobécourt (48), de Livet (49), et, plus récemment, de Cassaët, Gré et Lévy (50) en 1931.

Waldorp, en 1924 (51), accuse les lésions du thalamus; l'année suivante, Winckelmann et Eckel trouvent à l'autopsie de leur malade une hémorragie dans cette région.

Les lésions de la moelle trouvées par Dercum et par Burr

---

(39) Roux et Vitaut, *Revue neurologique*, 1901, p. 881-888.

(40) Simoniesco, *Revue neurologique*, 1901, p. 557.

(41) Dercum, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1900, p. 419-429.

(42) Burr, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1900, p. 519-525.

(43) Kaplan et Fedorov, *Med. Obozr. Moskou*, 1902, p. 471-487.

(44) Ferré, *Revue de médecine*, 1901, p. 641.

(45) Marcou, *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 173.

(46) Henry, *Journ. nerv. and ment. dis.*, mai 1891, p. 154-193.

(47) Prunier, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1907, p. 168. — Cf. Dercum, *Phila. med. journ.*, 1902, p. 396.

(48) Nobécourt, *Journal des praticiens*, 16 août 1924, et *Rev. gén. de thérap.*, 1924, p. 529.

(49) Livet, *in* thèse Goldblum-Golblin, Paris, 1927, n° 457, p. 54.

(50) Cassaët, Gré et Lévy, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 févr. 1931, p. 131-133.

(51) Waldorp, *in* Price et Bird. *Journ. am. med. Ass.*, 1925, p. 247.

(voir plus haut) peuvent être envisagées comme étant à l'origine de certains des troubles présentés par les malades.

De même les lésions de polynévrite signalées, après Dercum, par Ballet (52), de Massary (53), Favre et Tournade (54), et bien d'autres, ont été considérées par ces auteurs comme faisant partie de l'étiologie de l'adipose douloureuse.

D'après Dobrovici (55), Et. May (56), le sympathique pourrait bien avoir aussi un rôle dans la pathogénie de la répartition du tissu graisseux.

Pour terminer, signalons que certains auteurs séparent entièrement les causes de l'adipose de celles des douleurs, considérant que celle-ci doit son origine à des phénomènes de cellulite. Nous en parlerons plus longuement plus loin.

Discussion.

Quelle est l'origine de l'adipose ? Les partisans de l'origine endocrinienne ont pour eux les bons effets de l'opothérapie dans les observations de Papi (57) et d'Oddo et Chassy (58). Ils ont également pour eux la constatation de lésions presque constantes d'au moins quelques glandes endocrines dans la presque totalité des autopsies pratiquées (Winckelmann) (59), de même que l'apparition d'adipose douloureuse après ovariectomie dans les deux cas de Sicard et Roussy (60). Mais, par contre, il est difficile, par cette étiologie, d'expliquer tous les cas; comment comprendre, en effet, le nombre d'observations où le traitement opothérapique n'a donné aucune amélioration ?

---

(52) Ballet, *Presse médicale*, 1903, p. 285.
(53) De Massary, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1907, p. 638.
(54) Favre et Tournade, *Lyon médical*, 1913, p. 1005-1008.
(55) Dobrovici, *Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1914, p. 220.
(56) Et. May, *in* Decourt, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1936, p. 197.
(57) Papi, *Gazetta degli Ospedali*, 1902, p. 222-223.
(58) Oddo et Chassy, *Revue neurologique*, 1902, p. 73-79.
(59) Winckelmann et Eckel, *Journ. am. med. Ass.*, 1925, n° 85, p. 1935.
(60) Sicard et Roussy, *Soc. méd. hôp. Paris*, 16 oct. 1903.

Il y a même un fait plus curieux, dont parlent Priesel et Wagner : les lipodystrophies locales parfois douloureuses qui surviennent chez les enfants diabétiques après de nombreuses piqûres d'insuline dans la même région. Il se produit alors une augmentation de l'adiposité générale et, au point d'injection, une sorte de petite cupule sous-cutanée où le tissu graisseux est absent. On ne peut s'empêcher de comparer cette lésion, qui est une sorte d'adipose douloureuse à rebours, avec la dermatite atrophiante maculeuse ou anétodermie, qui donne également une atrophie en cupule avec formations mollasses constituées par des masses adipeuses anormales au sein même du derme. Dans ce cas, Ziegler (cité par M. le Professeur Petges) explique ainsi cette particularité (61) :

« La dégénérescence graisseuse et la présence de pelotons adipeux dans le derme et au voisinage de l'épiderme s'explique par la faculté du tissu conjonctif lâche et des autres variétés du tissu conjonctif de passer de l'une à l'autre sans que le tissu matriciel embryonnaire intervienne, et, par conséquent, de se transformer en tissu adipeux. »

En ce qui concerne les adiposes insuliniennes, si l'on peut estimer que leur atrophie provient d'une lipase contenue dans l'insuline (Despisch) (62), on peut aussi croire que celle-ci provient des antiseptiques que contiennent les insulines du commerce.

D'autres auteurs considèrent que l'adipose de l'obésité douloureuse provient de cause nerveuse : Hallopeau (63) se base sur la symétrie fréquente des lésions; Lortat-Jacob et Vitry ont observé l'accroissement du tissu adipeux de la patte d'un lapin après section expérimentale du sciatique (64); MM. Cassaët, Gré et Lévy ont publié en 1931 un cas postencéphaliti-

---

(61) Petges (G.), in *Nouvelle pratique dermatologique*, Masson, 1936. T. IX, I : « L'anétodermie ».

(62) Priesel et Wagner, *Le diabète chez l'enfant*, Berlin, 1933.

(63) Hallopeau et Dainville, *Bull. Acad. méd. Paris*, 1914, p. 406-410.

(64) Lortat-Jacob et Vitry, *Revue de médecine*, 1909, p. 184-192.

que, et la malade, revue récemment, a évolué vers le parkinsonisme; parallèlement, son adipose s'est accrue. Cette théorie ne prétend pas expliquer tous les syndromes de Dercum, mais il est incontestable que quelques-uns proviennent de cette cause.

Roux et Vitaut croient à une origine thyroïdienne agissant par un mécanisme nerveux [65]; Kaplan et Fedorov donnent au syndrome une origine constitutionnelle générale, analogue à celle de l'obésité, mais avec participation plus importante du système nerveux [66].

Les syndromes de Dercum d'origine nerveuse sont évidemment de thérapeutique difficile, et, de fait, les guérisons d'adipose douloureuse sont bien exceptionnelles. Voyons si dans l'étiologie des douleurs nous trouverons le fondement d'un traitement plus efficace.

Quelle est l'origine des douleurs ?

Pour Dercum et pour beaucoup d'auteurs, les douleurs proviennent de la névrite des filets nerveux sous-cutanés; celle-ci expliquerait également pour quelques-uns l'adipose, pour les autres, elle n'en serait que la conséquence. Certains croient que la douleur est seulement due à la distension de la peau par les masses graisseuses exubérantes (Léri) [67]. Nous étudierons plus longuement la théorie suivante.

Favre et Tournade furent parmi les premiers, en 1913 [68], à penser que les douleurs du syndrome de Dercum étaient dues à de la cellulite. Dobrovici [69] le signala ensuite en 1914. Vinrent ensuite les observations de Laignel-Lavastine et Largeau [70], de Babonneix, Azerad et Widiez [71], de Labbé et Boulin [72], de Trémolières, Tardieu et Merklen [73]. Tous ces

(65) Roux et Vitaut, *Revue neurologique*, 1901, p. 881-888.
(66) Kaplan et Fedorov, *Medizin Oboz*, 1902, p. 471.
(67) Léri, *Monde médical*, 1924, n° 653, p. 637.
(68) Favre et Tournade, *Lyon médical*, 1913, p. 1005.
(69) Dobrovici, *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1914, p. 220.
(70) Laignel-Lavastine, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1923, p. 665.
(71) Babonneix, Azerad, *Gazette des hôpitaux*, 1927, p. 1057.
(72) Labbé et Boulin, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1927, p. 687.
(73) Trémolières, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1931, p. 1496.

auteurs estiment que le syndrome de Dercum est, selon la forme clinique, soit une obésité simple, soit une adipose localisée comme celle du type Barraquer-Simons, soit une lipomatose symétrique sur lesquelles s'est greffée de la cellulite. Pour eux, la maladie de Dercum n'existe pas, les douleurs proviennent de cellulite, de névrite ou de rhumatisme; l'asthénie et les troubles psychiques sont inconstants et surajoutés (74).

La sanction thérapeutique de cette théorie, c'est le massage associé à la photothérapie et au traitement de l'intoxication hépato-digestive, qui est à la base de la cellulite (Alquier) (75).

Quelle est l'origine de l'asthénie ? Peu d'auteurs émettent une opinion à ce sujet : Labbé et Boulin (76) prétendent qu'elle est surajoutée; Waldorp estime qu'elle provient d'un certain degré d'insuffisance surrénale (77), ainsi que Price.

Quant aux troubles psychiques, proviennent-ils de l'insuffisance ovarienne ? C'est possible, puisque, sur 100 ovariectomisées, il y a environ 60 femmes qui présentent des troubles du caractère (Jayle) (78). En tout cas, ces troubles sont beaucoup plus inconstants que l'asthénie, leur origine risque donc plus encore pour elle d'être très accessoire.

Il reste encore à se demander par quel mécanisme se produit l'adipose, et comment s'installe la cellulite.

Pour l'adipose, MM. Decourt, Guillemin et Demange estiment qu'il s'agit d'un facteur trophique « résultant d'une altération segmentaire des centres nerveux végétatifs assurant la régulation fonctionnelle du tissu cellulo-adipeux sous-cutané ». Dans le même article (79), M. Et. May émet l'hypothèse d'une action endocrinienne sur le sympathique : la

---

(74) Labbé et Boulin, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1927, p. 687.
(75) Alquier, *Revue neurologique*, 1921, p. 458.
(76) V. note 74 ci-dessus.
(77) Price et Bird, *Journ. am. med. Ass.*, 1925, p. 247.
(78) Jayle, *Revue de gynécologie*, 10 déc. 1891.
(79) Decourt, Guillemin et Demange, *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 24 janv. 1936, p. 197.

thyroïde agirait sur le sympathique cervical, les surrénales sur le sympathique abdominal, tandis que l'hypophyse aurait une prédilection pour les centres nerveux mésocéphaliques, ce qui donnerait à l'obésité hypophysaire son caractère rhyzomélique. Il estime que les différences observées dans la répartition de l'adipose proviendraient d'une atteinte différente des étages sympathiques, due elle-même à des troubles endocriniens.

La cellulite, qui serait favorisée par l'intoxication hépato-digestive, aurait, d'après Alquier (80), la pathogénie suivante : « Toute irritation peut modifier les réactions conjonctivo-lymphatiques et provoquer des bouffissures ou infiltrats. Si la réaction tissulaire est inhibée, le tissu conjonctif se laisse distendre par un œdème mou, la crispation tissulaire, ou bien oppose des barrages derrière lesquels s'accumule l'infiltrat, ou bien étreint et morcelle celui-ci en masses cellulitiques qui gênent par leur présence et irritent les parties nerveuses qu'elles contiennent. La cellulite n'est donc qu'un incident au cours de réactions neuro-tissulaires d'un intérêt plus général. »

La cellulite aboutit à sa phase terminale à une cicatrice fibreuse avec vascularite, ce qui concorde avec les données anatomiques de Dercum sur l'évolution des adiposes douloureuses.

---

(80) Alquier, *Gaz. des hôp.*, 1934, p. 785.

PRONOSTIC

Dans presque tous les cas, l'évolution de l'adipose douloureuse est fatalement progressive. On le conçoit assez bien lorsqu'on sait les difficultés rencontrées pour en discerner les causes. Parfois, cependant, on a réussi à arrêter cette progression, ou tout au moins à obtenir quelque amélioration passagère des troubles que présentent ces malades.

Il y a bien, certes, dans la littérature, quelques cas de guérison comme celui de Papi en 1902 (1), les « remarquables actions du traitement manuel » de Durey et Wetterwald (2), mais, même chez les auteurs partisans de la théorie cellulitique, le massage ne peut calmer que ce qui est dû à la cellulite : la douleur. C'est pour cela que le pronostic du syndrome de Dercum reste réservé malgré cette acquisition nouvelle de la thérapeutique à ce sujet.

Il faut toujours considérer cette affection comme sérieuse et d'autant plus inquiétante que le sujet qui en est atteint présente également de la débilité mentale qui peut aller jusqu'à le conduire au suicide (Raymond et Guillain, Boudet) (3).

De plus, l'asthénie que présentent, pour la plupart, ces malades les conduit progressivement au séjour au lit et à la vie (4) « purement végétative ». C'est alors une affection intercurrente qui les emporte, alors que, par elle-même, l'adipose douloureuse n'entraîne pas la mort de ceux qui en sont atteints.

---

(1) Papi, *Gazetta degli Ospedali e delle cliniche*, Milan, 1902, p. 222-223.

(2) *In* thèse Hirsch, Paris, 1928, n° 74, p. 68.

(3) Raymond et Guillain, *Revue neurologique*, 1904, p. 630; — Boudet, *Bulletin médical*, 1904, p. 817.

(4) Thèse Goldblum-Golblin, Paris, 1927, n° 457, p. 67.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de syndrome de Dercum est généralement facile à porter, puisqu'il s'agit là surtout d'un diagnostic de symptômes relativement aisés à reconnaître. Les difficultés, par contre, seront bien plus grandes lorsqu'on voudra faire le diagnostic étiologique, au point que celui-ci sera parfois impossible.

Dans les formes diffuses, il y a parfois certaines analogies avec d'autres états morbides, mais la confusion nous paraît difficile.

L'éléphantiasis des Arabes et l'éléphantiasis nostras n'ont guère de ressemblance avec l'adipose douloureuse.

Le myxœdème de l'adulte est indolore et ne respecte ni la face, ni les mains, ni les pieds.

Les œdèmes nerveux surviennent au niveau de membres paralysés et sont associés à des signes locaux spéciaux.

L'obésité banale ne présente pas de douleurs.

Le trophœdème de Meige est un œdème dur ne respectant pas les extrémités; certains auteurs ont soutenu qu'il s'agissait là d'une forme voisine (Miquel)[1].

Le pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu respecte le pied, mais ne s'étend que du genou à la cheville. Miquel le considère aussi comme voisin de l'adipose douloureuse.

Le pseudo-œdème catatonique de Dide se localise au dos des pieds et au bas des jambes, il peut coexister avec le syndrome de Dercum.

---

(1) Miquel, *De la valeur nosologique de la maladie de Dercum*, thèse Paris, 1903-1904, n° 432).

Ces trois dernières affections ne sont pas nettement séparées de l'adipose douloureuse.

Il existe également des dystrophies du tissu cellulaire sous-cutané qui ressemblent aux formes nodulaires de la lipomatose douloureuse; on les séparera aisément.

La maladie de Recklinghausen ou neurofibromatose n'est pas douloureuse et ne respecte ni la face, ni les mains.

L'atrophie musculaire pseudo-hypertrophique de Duchenne présente une diminution marquée de la force et des troubles des réactions électriques.

Le molluscum généralisé multiple est constitué par des tumeurs molles indolentes et pédiculées.

Les gommes, les névromes plexiformes, la sarcomatose cutanée, ne ressemblent que peu au syndrome de Dercum.

L'akinesia algera de Mœbius est une impossibilité de remuer sans douleurs; il n'y a pas d'adipose et les douleurs sont musculaires (2).

L'adéno-lipomatose de Launois et Bensaude, localisée à la nuque et à la région cervico-faciale, est encore un état morbide que rien ne sépare nettement de l'adipose douloureuse (3).

En somme, le diagnostic de syndrome de Dercum est facile si l'on fait entrer dans son cadre toutes les *adiposes* qui sont *douloureuses*. La difficulté provient de ce que l'on a voulu éliminer certaines « adiposes douloureuses » dont le tableau clinique s'éloignait par certains côtés de la description de Dercum.

---

(2) Fressineau, *L'adipose douloureuse*, thèse Bordeaux, 1904-1905, n° 93, p. 85.

(3) Sabrazès et Muratet, *Arch. de méd. expérim.*, 1902-1903 (cité par Fressineau).

TRAITEMENT

Dans un état tel que le syndrome de Dercum, bien souvent, faute d'avoir pu en déterminer l'origine, ou même, celle-ci étant connue, on pourra être amené à faire un traitement symptomatique.

Contre l'obésité, l'exercice et la gymnastique mériteront d'être utilisés si le malade n'est pas trop asthénique, l'association avec un régime surtout composé de légumes verts amènera une diminution de poids qui le soulagera.

Contre les douleurs, les calmants, l'aspirine, les bromures, seront d'un grand secours. La morphine même a été employée par Marcou[1]. La photothérapie, la diathermie et tous les agents physiques trouveront là leur emploi.

Contre l'asthénie, la strychnine, l'arsenic, ont été utilisés sans grande amélioration[2].

Quand la cause sera connue, le traitement sera tout indiqué et variera suivant les cas.

Lorsque l'on soupçonnera des troubles des glandes à sécrétion interne, l'opothérapie devra être employée.

Le traitement par extraits thyroïdiens, employé pour la première fois par Ewald en 1895[3], n'a pas donné tous les résultats qu'on attendait de lui. Les améliorations, si elles existent, sont assez rares : Oddo et Chassy[4], Giudice Andréa[5]. Gino Morsa, en 1905, remarque sur ses deux mala-

(1) Marcou, *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 1737.
(2) Fressineau, thèse Bordeaux, 1904-1905, n° 93.
(3) Ewald Berlin, *Klin. Wochenschrift*, janv. 1885.
(4) Oddo et Chassy, *Revue neurologique*, 1902, p. 73-79.

des que, si l'une est améliorée, l'autre ne l'est pas[6], ce qui lui fait émettre des doutes sur l'unité pathogénique de l'adipose douloureuse. Ce traitement est même parfois dangereux, puisque la malade de Camus et Benoit[7] en 1912 est morte d'asystolie, due peut-être à une intoxication d'origine thyroïdienne, malgré la faible dose employée (0,05 de poudre). Enfin, dans bien des cas, les extraits thyroïdiens ne donnent aucune amélioration (cf. Babonneix, Azerad et Widiez[8], etc.).

La teinture d'iode est indiquée si l'on pense à une dysthyroïdie du genre de la maladie de Basedow (Ghelfi, Giulo Fratti)[9].

L'opothérapie hypophysaire a été également essayée par Delucq et Alaux. Leur rapport n'indique pas les résultats.

Plus logique paraît être l'opothérapie pluriglandulaire, en raison, d'abord, des relations qui unissent les glandes endocrines entre elles, ensuite parce que, si l'on ignore quelle est exactement la glande déficiente, on a plus de chances de tomber juste.

Le traitement chirurgical peut trouver parfois des indications dans les formes diffuses, pour un dégraissage abdominal. C'est ce qu'a fait M. le Docteur Magendie pour notre seconde malade. Dans les formes nodulaires pures, si les lipomes ne sont pas trop nombreux, l'ablation chirurgicale peut être salutaire, comme dans le cas de Klingmann[10].

Si l'on soupçonne la cellulite d'être à l'origine des douleurs, le massage est le traitement de choix. D'après Wetterwald, ce serait le « triomphe des débutants en matière de traitement manuel »[11]. Le massage, cependant, ne suffit

---

(5) Giudice Andrea, *Rivista di path. nervosa*, 1900, p. 289.
(6) Gino Morsa, *Riforma medica*, 1905, p. 255.
(7) Camus et Benoit, *Journal des praticiens*, 1912, p. 71-72.
(8) Babonneix, Azerad et Widiez, *Gaz. des hôp.*, 1927, p. 1057.
(9) Ghelf, *Bollet. delle Cliniche*, 1904, p. 389; — Giulo Fratti, *Gazetta degli Osp.*, Milan, 1907, p. 906.
(10) Klingmann, *New York med. Journ.*, 1908, p. 931.
(11) Wetterwald, *in* thèse Hirch, Paris, 1928, n° 74, p. 81.

pas, il faut encore y ajouter les agents physiques : la douche, la diathermie, les infra-rouges, enfin, les rayons X (Boudet) (12).

Cela ne dispense pas de l'opothérapie, d'autant qu'il sera bon d'essayer de traiter aussi le terrain cellulitique, c'est-à-dire de combattre l'auto-intoxication d'origine intestinale et l'insuffisance hépatique par une médication appropriée.

En somme, le traitement comportera :

1° *l'opothérapie pluriglandulaire :* hypophyse, thyroïde, ovaire (ou testicule), surrénale (sans adrénaline), foie, etc., etc.;

2° *les agents physiques :* massages, hydrothérapie, chaleur, photothérapie, rœntgenthérapie, etc.;

3° *le régime*, avant tout hypotoxique.

(12) Boudet, *Bulletin médical*, 1904, p. 817.

CONCLUSIONS

L'expression *syndrome de Dercum* n'est pas, comme on a coutume de le dire, tout à fait synonyme d'*adipose douloureuse*. S'il en était ainsi, il ne pourrait exister de syndrome de Dercum indolore, et des affections comme l'adéno-lipomatose de Launois et Bensaude feraient partie de ce syndrome.

Le syndrome de Dercum peut être dû à de nombreuses causes, chaque cas ayant son individualité propre. Parfois, les symptômes qui le constituent se sont trouvés juxtaposés de manière fortuite, ce qui a fait dire à certains auteurs que ce syndrome n'existait pas.

La thérapeutique est donc variable suivant les cas, cependant le massage est indiqué dans toutes les observations, pour être certain de ne pas méconnaître la cellulite, quitte à abandonner ensuite ce mode de traitement s'il ne donne pas d'amélioration rapide.

En ce qui concerne la lipémie, la méthode d'Adam est intéressante parce qu'elle est simple et facile à employer comme procédé de dosage des lipides totaux. Les deux malades dont nous rapportons les observations présentent une augmentation importante de la lipémie.

En somme, le syndrome de Dercum mérite une place dans la nosologie, non pas pour l'association de l'adipose et des douleurs, mais pour l'ensemble de ses symptômes et, en particulier, pour la répartition spéciale de la graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané des malades qui en sont atteints.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. CREYX.

Vu : *Le Doyen*,
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 mars 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Laubry. — Adipose douloureuse. *Revue neurologique*, 1901, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, n. s., VI, p. 433.

Aievoli. — La maladie de Dercum, ses affinités étiologiques et pathogéniques avec les lipomes. *Il Morgagni*, Milan, 1905, XLVII, p. 457.

— Lipomes et dystrophies lipomateuses. *Annali italiani di chirurgia*, 31 mars 1934, XIII, p. 328-343.

Alquier. — Céphalée par engorgement lymphatique. *Revue neurologique*, 1921, t. I, p. 458.

— Traité de pathologie de Sergent : *Neurologie*, t. II : « La cellulite ».

— La cellulite. *Monde médical*, 1923, n° 623, p. 251-264.

— Quelle place la cellulite doit occuper dans la nosologie. *Monde médical*, 1er nov. 1926, XXXVI, p. 869-873.

— Cellulite et troubles circulatoires. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, déc. 1926, 97, p. 885-891.

— La cellulite. Masson et Cie, Paris, 1933.

— Cellulite. *Presse médicale*, 1933, p. 1351-1352.

— La cellulite considérée comme une réaction des lymphatiques du tissu conjonctif. *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 107, p. 785-787.

Asana. — Adipose douloureuse. *Indian med. gaz.*, 1927, p. 636.

Babes et Buia. — Maladie de Dercum et lipomatose symétrique douloureuse. *Spitalul Bucuresci*, 1912, XXXII, p. 84-89.

Babonneix et Spanowsky. — Deux cas d'adipose douloureuse. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1913, p. 432-437.

Babonneix, Azerad et Widiez. — Adipose douloureuse. *Gaz. des hôp., Paris*, 1927, p. 1057-1059.

Balaro. — Las lipodistrofias, las obesitades, las adiposis y las lipomatosis en su relacion con la endocrinologia. *Prensa med. Argentina*, déc. 1931, p. 958-967, n° 20.

Ballet. — Adipose douloureuse. *Presse médicale*, 8 avril 1903, p. 285, n° 28.

Bargi. — Troubles du métabolisme des lipides dans les syndromes postencéphalitiques. *Minerva medica*, 25, t. II, 21 juill. 1935, p. 71.

Berkowitsch. — De l'obésité d'origine génitale chez la femme et ses rapports avec l'adipose douloureuse. Thèse Paris, n° 337, 1908.

Bernard. — Adipose douloureuse d'origine tuberculeuse. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, août 1907, p. 658, n° 20.

Bernhard. — Adipose douloureuse. *Klinische Wochenschrift*, 1927, p. 1493.

Billings. — Adipose douloureuse. *Illinois med. journ.*, Spainfield, 1903, p. 349, et *Chicago med. record*, 1903, p. 297.

Bliss. — *Annales of med. Philadelphia*, 1906, XI, p. 230.

Bogaert (van) et Meel (L. van). — Lipémie, calcémie et potassémie au cours de l'excitation expérimentale de l'hypothalamus. Soc. de biol., séance 18 janv. 1936.

Boller. — Traitement de la maladie de Dercum par la novocaïne. *Klinische Wochenschrift*, 15 déc. 1934, t. 13, n° 50.

Bolten. — Een Geval van familaare adipositas dolorosa. *Nederlandsch tijdschrift voor Geneeskunde*, Haarlem, 1925, LXIX, 2, p. 1433-1436.

Borde. — Rapports de la maladie de Dercum avec l'adipose simple. Thèse Paris, 1907, n° 241.

Boudet. — Lipomatose symétrique et douloureuse. *Bulletin médical*, 1904, p. 817.

Bouju. — Lipomes multiples symétriques. Thèse Paris, 1891-1892, n° 322.

Buck (de). — Lipomatose symétrique non douloureuse. *Bull. Soc. méd. de Gand*, 1903, LXX, p. 108-111.

Burr. — A case of adiposis dolorosa with necropsy. *The journ. of nervous and mental diseases*, New-York, 1900, XXVII, p. 519-525.

Cahen et Eis. — Lipodystrophie progressive chez l'adulte. *Arch neurol. et psych.*, juill. 1934, 32, p. 184-188.

Camus et Benoit. — Sur un cas de maladie de Dercum. *Rev. gén. de thérap.* et *Journ. des prat.*, 3 févr. 1912, n° 5, p. 71-72.

Capel et Matheson. — A case of adiposis dolorosa. *British Journ. of dermat.*, juill. 1934, 46, p. 311-313.

Cargile. — Adiposis dolorosa. *Journ. of the Arkansas med. Soc. little Rock*, 1915, XII, p. 91-95.

Carles. — Obésité et traitement thyroïdien. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1911, XLI, p. 21-23.

Cassaët, Gré et Lévy. — Sur un cas d'encéphalomyélite épidémique suivi d'adipose douloureuse de la région sous-ombilicale du corps. *Journ. méd. de Bordeaux*, 20 févr. 1931, 108, p. 131-133.

Cecchini. — Una sindrome simile a quella descritta da Dercum. *Gaz. méd. de Rome*, 1903, VI, p. 328-330.

Chatelin. — Traité de pathologie (Sergent), n° VI, t. II, p. 452.

Cheinisse. — L'identité de la maladie de Dercum et de la lipomatose douloureuse. *Sem. médicale*, XXVII, p. 221, 8 juill. 1903.

Chevers. — *British med. journ.*, 1904, p. 781.

Clark. — A case of Dercum's disease with Hysterical manifestations. *The journ. of Nervous and mental diseases*, New-York, 1919, p. 244.

Claude et Sézary. — Adipose douloureuse avec asthénie. Action remarquable de l'opothérapie thyroïdienne. *Gaz. des hôp. Paris*, 1913, LXXXVI, p. 69-71.

Colbertado. — Due casi di malattia di Dercum. *Rivua Veneta di sc. med.*, Venezia, 1903, VI, p. 328-330.

Collins. — A text book of nervous diseases. Philadelphia, 1895 (six cas de maladie de Dercum).

Cossa. — L'adipose douloureuse. *Revue neurologique*, 2 juin 1932, p. 1400, n° 16.

Crémieux. — Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique multiple. Thèse Montpellier, 1905, n° 59.

Crouzon et Nathan. — Sur un cas de maladie de Dercum. *Revue neurologique*, mars 1907, p. 298, n° 6.

Crouzon. — Pathologie de Sergent, n° VI, t. II, p. 362.

Crummer. — Adiposis dolorosa 300 years before Christ. *Journ. of amer. med. Assoc. Chicago*, 1924, LXXXVI, p. 1420-1422.

Curschmann. — Ueber adipositas dolorosa. *Medizinische Klinische*, Berlin, 1923, XIX, p. 929-931.

Dammann : Zur pathologie der Adipositas dolorosa. *Frankfurt Zeitschrift fur pathologie*, Wiesbaden, 1913, XII, p. 337-365.

Davis et Cohen. — Adiposis dolorosa. *Arch. of neurol. and psych.*, p. 274, févr. 1922.

Debove. — Adipose douloureuse. *Presse médicale*, juill. 1901, p. 25.

— Forme lipomateuse de l'adipose douloureuse. *Journ. méd. interne*, févr. 1905.

— Lipomatose douloureuse. *Gaz. des hôp.*, sept. 1904, p. 1069.

Decourt, Guillemin et Demange. — Deux cas de lipodystrophie du type Barraquer-Simons, étude humorale. *Bull. et mém. Soc. de méd. des hôp. Paris*, 1936, séance 24 janv., p. 197.

Delanoe (Mme). — Cas de maladie de Dercum généralisée à tout le corps, sauf face, mains et pieds chez une indigène. *Bull. Soc. de pathol. exot.*, Paris, 1925, XVIII, p. 246-249.

Delucq et Alaux. — Adipose douloureuse. *Presse médicale*, 1904, p. 594, n° 75.

Deny et Le Play. — Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et hérédo-syphilitique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, sept.-oct. 1903, p. 280-287.

Dercum. — A subcutaneous connective tissue dystrophy of the arms and back associated with symptoms resembling myxœdema. *University med. magazine*, Philadelphie, 1888-1889, I, p. 140, et *Journ. of nervous and mental diseases*, New-York, 1888, XV, p. 695-697.

Dercum. — Three cases of a hitherto unclassified affection resembling in its grosser aspect obesity, but associated with special nervous symptoms : adiposis dolorosa. *Amer. med. journ. sc. Philadelphia*, 1892, n° 1, CIV, p. 521-535.

— Autopsy of a case of adiposis dolorosa with microscopical examination. *Journ. of nervous and mental diseases*, New-York, 1900, XXVII, p. 419-429.

— Adiposis dolorosa, autopsy. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1901, XLVIII, p. 169-170.

— Two cases of adiposis dolorosa, one in a man complicated by epilepsy, another in a woman presenting also circinate retinitis. *Philadelphia med. journ.*, 1902, X, p. 396-399.

— A case of adiposis dolorosa with involment of the joints. *Philadelphie med. journ.*, 1902, X, p. 1007.

Dercum et Mac Carthy. — Autopsy of in a case of adiposis dolorosa. *Amer. journ. of the med. Soc. Philadelphia*, déc. 1902, n° 1, CXXIV, p. 994-1006.

Dervis. — Dercumsche krankheit. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, Leipzig et Berlin, 1924, p. 1087.

Dide et Leborgne. — Un cas de maladie de Dercum. *Soc. de neurol.*, 4 juin 1903, p. 647, n° 12.

Dobrovici. — Sur la nature de l'adipose douloureuse. *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1914, XXV, p. 220-224.

Dupré et Giroux. — Adipose douloureuse segmentaire. *Séance Soc. de neurol.*, 8 nov. 1906, p. 1089, n° 22.

Eshner. — A case of adiposis dolorosa. *Philadelphia med. journ.*, oct. 1898, p. 737-740.

Ewald. — Adipositas dolorosa. *Berliner Klinische Wochenschrift*, janv. 1885.

Favre et Tournade. — Adipose douloureuse localisée aux membres inférieurs atteints de sciatique. *Lyon médical*, 1913, CXX, p. 1005-1008.

Fénard. — L'adipose douloureuse. Thèse Paris, 1911, n° 136.

Ferré. — Adipose douloureuse. *Médecine moderne*, 18 déc. 1898, p. 729.

Ferré. — Adipose douloureuse. *Revue de médecine*, août 1901, p. 641.

Ferranini. — Cellulitis cellulia. *Riforma medica*, mars 1934, 50, p. 473-474.

Férary Berthelot. — Lipomatose sous-cutanée. *Dauphiné médical*, Grenoble, 1903, XXVII, p. 87.

Fiorio. — Lipémie chez les syphilitiques. *Giornale di batteriologia e immunologia*, 1934, p. 39-64, n° 12.

Foot, Good et Menard. — A case of adiposis dolorosa with necropsy. *Amer. journ. of pathol.*, Boston, 1926, p. 251.

Fournier. — Syndrome de Dercum par hypoovarie syphilitique. *Ann. des mal. vén.*, 1919, n°. 14, p. 138-147.

Frankenheimer. — Adiposis dolorosa. *The Journ. of the amer. med. assoc.*, 28 mars 1908, p. 1012.

Fressineau. — Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse. Thèse Bordeaux, 1905, n° 93.

Frowein. — Adipositas dolorosa. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1921, LXXII, p. 5665.

Fukushina. — Influence de la pituitaire sur le métabolisme des graisses. *Sei I Kwaî med. journ.* (Abstr. sect.), Shiba-Ku-Tokio, 52, 1-2, 2-3 juin 1933.

Fulconis. — Maladie de Dercum et lipomatose symétrique douloureuse. Thèse Lyon, 1904, n° 18.

Galen. — La maladie de Dercum. Thèse Montpellier, 1920, n° 186.

Gareiso, Obarrio et Petro. — Association de maladie de Dercum et de syndrome adiposo-génital et amyotrophie. *Prensa med. Argentina*, 20 déc. 1932, p. 1224-1230, et *Rev. Assoc. med. d'Argentine*, 1932, 46, p. 1637-1641.

Geoffroy Saint-Hilaire. — La cellulite. Thèse Paris, 1897-1898, n° 452.

Ghelfi. — Syndrome de Dercum avec phénomènes basedowiens. *Bollet. della clinische*, sept. 1904, p. 389.

Girard. — Numération globulaire dans un cas de lipomatose symétrique. *Comptes rendus Soc. de biol.*, Paris, 1902, IV, p. 1416-1418.

Gino Morsa. — Maladie de Dercum. *Riforma medica*, 1905, X, p. 255.

Giudice (Andrea). — Adipose douloureuse. Soc. lancisienne des hôp. Rome, 1er juill. 1899, et *Presse médicale*, 1899, p. 88.

— Adiposis dolorosa. *Rivista di pathol. nervosa e mentale*, juill. 1900, Firenze, p. 289.

— Rapports de la maladie de Dercum avec quelques formes voisines. *Il Policlinico sezione pratico*, févr. 1902, p. 449-454 (« Rapporti clinici e patogenici tra la sindrome di Dercum ed alcune forme morbose affini »).

Giulo Fratti. — Adipose douloureuse. *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, Milan, 1907, 17, p. 906.

Goldblum-Golblin. — Le syndrome de Dercum, les troubles psychiques au cours de l'adipose douloureuse. Thèse Paris, 1927, n° 457.

Goglia. — Malattia di Dercum e lipomatosi nodulare multipla, *Tumori*. Roma, 1922-1923, IX, p. 318-332.

Gordinier. — Adipose douloureuse. *Vermont. M. Month.*, Burlington, 1903, IX, p. 193-200.

Gorlero (Pizarro). — Adiposis dolorosa. *Semana medica*, Buenos-Aires, 1916, *XXIII*, p. 347-358.

Graupeaud (Mlle). — Contribution à l'étude de la lipémie et de la cholestérolémie. Thèse Bordeaux (pharmacie), 1934, n. 246.

Gruber. — Dercumsche kranheit, Monatschrift. *Für Unfallheilkunde*, Leipzig, 1926, p. 121.

Gualdi. — La lipodystrophie progressive (maladie de Barraquer-Simons). *Holiclinico* (sez. prat.), 11 juin 1934, 41, p. 885-891.

Guillain et Alquier. — Etude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Dercum. *Arch. de med. expér. et d'anat. pathol.*, Paris, 1906, XVIII, p. 680-687.

Gudjohusen. — Et tlfoelde af adipositas dolorosa hasen dreng (cas chez un enfant). *Hosp. tid. Kobenh.*, 1903, XI, 701-711.

Guntz. — Dercum's disease with joints changes and glycosuria. *Klinsche Wochenschrift*, 3 juin 1928, p. 1088-1089.

Hale-White. — A case of adiposis dolorosa. *British med. journ.*, 2 déc. 1899.

Hallopeau et Boudet. — Sur un cas de lipomatose de Dercum avec caractères particuliers. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 6 déc. 1906, p. 1065.

Hallopeau et Dainville. — Maladie de Dercum avec infiltrations massives disséminées et hyperplasie mammaire chez un adulte. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1914, LXXI, p. 406-410.

Hammond. — An instance of adiposis dolorosa in two sisters. *British med. journ.*, 1904, p. 121.

Haskovec. — Adipose douloureuse. *Rev. neurologii a psychiatrii*, Praze, 1906, III, p. 449-458, et *Revue neurologique*, 1906, n° 23, p. 1101.

Heineck. — Adipose. Excision massive de graisse sous-cutanée abdominale (11 cas). *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1925, p. 116.

Henry. — Adiposis dolorosa. *Journ. of nervous and mental diseases*, mai 1891.

Hirota. — Lipémie, thyroïde et insuline. *Journ. Kunamoto med.* Soc., 10-20 févr. 1935, p. 141-142.

Hirsch (Mlle). — Douleurs cellulitiques et ménopause. Thèse Paris, 1928, n° 74.

Hirschfeld. — Die Dercumsche krankheit. *Zeitschrift für der gesamte neurologie und psychyatrie*, Berlin et Leipzig, 1912, VI, Ref., p. 113-128.

Horand. — Un cas d'adipose douloureuse. *Lyon médical*, 1912, CXVI, p. 1112-1114.

Hove. — Adiposis dolorosa in two cases. *Med. journ. of Australia*, Sydney, 1926, p. 488.

Houée. — Maladie de Dercum. Thèse Paris, 1903-1904, n° 227.

Isella. — Un caso commune di morbo di Dercum (adiposi dolorosa). *Pensiero medica Milano*, 1924, XIII, p. 600-603.

Ivanova (Viera). — Adipositas dolorosa. *Obozr. psichiatr. nevrol.*, Saint-Pétersbourg, 1913, XVIII, p. 151-157.

Jansen. — Dercum's disease, nature and treatment. *British journ., of. phys. med.*, 20 déc. 1932, 18, p. 958-967.

Jimenez, Diaz et Sabell (D. G.). — Lipemia in obese patients, variations with intake of hydrocarbones. *Anales di med. interna*, Madrid, 1933, 2, p. 15-29.

Joffre. — Adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués. Thèse Paris, 1907, n. 260.

Josephowitch. — Adipose douloureuse chez un enfant. *Rev. russe de méd.*, 1908, n° 17.

Joubert. — Syndrome de Dercum et syndrome de Ricochon. *Paris médical*, 1931, p. 550-552.

Judlich. — Zur nosologie und therapie der Dercumchen krankheit. *Medizinische klinik*, 1925, p. 1189.

Kaplan et Fedorov. — Adipositas dolorosa. *Med. Obozr. Moskou*, 1902, LVIII, p. 471-487, n° 6.

Karpinski. — L'adipose douloureuse considérée comme un trouble de la nutrition. *Recueil de travaux psychiatriques et neurologiques* Saint-Pétersbourg, t. II, p. 513.

Klingmann. — Adipose douloureuse. *New-York med. jour.*, nov. 1908, p. 931.

Kloninger. — Adipositas dolorosa. *Berlin klinische wochenschrift*, 1913, p. 1347.

Kostronov. — Maladie de Dercum. *Sovet. khir.*, 4 août 1933, p. 472-473.

Korczynski. — Adipositas dolorosa. *Medizin klinische*, 1914, p. 1181.

Labbé et Boulin. — Lipomatose double et maladie de Dercum. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 20 mai 1927, p. 687-695, n° 19.

Labbé, Boulin et Nepveux. — Hyperlipémie du coma diabétique. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 2 mars 1934, p. 382-388, n° 8.

Laignel-Lavastine et Largeau. — Maladie de Dercum. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1923, 3 s., XLVII, p. 665-667.

Laignel-Lavastine et Koremos. — Les troubles du métabolisme des lipoïdes dans la sclérose en plaques. Soc. de neurol., séance 5 déc. 1935.

Laroche (Guy). — Pathogénie cellulitique de la maladie de Dercum. *Ann. de méd.*, mai 1928, p. 445-453, n° 5.

Laroche (Guy) et Meurs (Mlle). — Cellulite et obésité. *Journ. méd. franç.*, Paris, 1931, p. 376-378.

Léchelle, Thévenard et Joseph. — Atrophie faciale symétrique et adipose segmentaire. *Revue neurologique*, févr. 1933, p. 182-186.

Leenhardt et Bloquier de Claret. — Adipose douloureuse. *Montpellier médical*, 1920, XLII, p. 83-86.

Le Megnen. — Sur un cas d'adipose douloureuse. *Gaz. méd. de Nantes*, 1906, 2 s, XXIV, p. 441-447.

Le Megnen et Levesque. — Adipose douloureuse à rémission passagère chez un homme. *Bulletin médical*, Paris, 28 avril 1906, XX, p. 380.

Le Play. — Un cas de maladie de Dercum. *Revue neurologique*, Paris, 1905, XIII, p. 1202-1204, n° 25.

Léri. — Quelques formes d'adipose localisée. *Monde médical*, 10 oct. 1924, p. 637-641, n° 653.

Lereboullet. — Obésité chez l'enfant. *Monde médical*, 1924, n° 654, p. 627-636, XXXIV.

Lortat-Jacob et Vitry. — Adiposes par lésions nerveuses. *Rev. de méd.*, 1909, III, p. 184-192, n° 5.

Mac Cormac. — A case of adiposis dolorosa (Dercum's disease). *Proceedings of the royal Soc. of med., Londres*, 1920-1921 (sect. dermat.), p. 23.

Maddox. — Adiposis dolorosa. *Med. journ. of Australia*, Sydney, déc. 1931, II, p. 817-818.

Marinesco et Minea. — Deux cas de maladie de Dercum avec culture de tumeurs *in vitro*. *Comptes rendus Soc. de biol.*, Paris, 1916, p. 866-869, LXXIX.

Marchand et Nouet. — Etude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Dercum. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1911, p. 144.

Marcou. — L'adipose douloureuse. *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 173.

Martelli. — Recherche istographiche, istochimiche e pathogenetiche sui lipomi simmetriche et sulla malattia di Dercum *Riforma medica*, 1918.

Martelli. — Di alcune ricerche sul ricambio nella malattia di Dercum. *Pathologica* Genova, 1916, XVII, p. 704-710.

Massary (de). — Maladie de Dercum chez une tuberculeuse. *Bull. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1907, p. 638, n° 12.

Melkik. — Un cas de maladie de Dercum. *Russk. klin.*, Moscou, 1924, p. 56.

Merklen, Aaron, Israël et Jacob. — Etude anatomique et biologique de la maladie de Dercum. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1933, p. 710-716, n° 18.

Migliacci. — La maladie de Dercum. *Gazetta Degli. Ospedali*, oct. 1904, p. 1345.

Miquel. — De la valeur nosologique de la maladie de Dercum. Thèse Paris, 1903-1904, n° 452.

Monchy (de). — Maladie de Dercum. *Nederlandsche tijdschr. voor. geneeskunde*, 1925, p. 2364, LXIX, 2, Haarlem.

Morlot et Gallois. — Adipose localisée tropho-névralgique. *Bourgogne médical*, 1894-1895, t. II, p. 44.

Murray. — A case of Dercum's disease. *Pratictioner*, juin 1932, 128, p. 576-581.

Myers. — A case of adiposis dolorosa. *Proceedings of the royal Soc. of med.*, London, 1922-1923, XVI (sect. chir.), p. 11.

Nice. — Report of a case of adiposis dolorosa. *Medical record*, New-York, 1916, XC, p. 65.

Nissen. — Lipémie alimentaire chez l'homme. *Bibliotek for Loeger*, 126, p. 75-81, févr. 1934.

Nobécourt. — Obésités non endocriniennes. *Journ. des praticiens*, 16 août 1924, et *Rev. gén. de thérap.*, 1924, p. 529.

Nölle. — Ein fall von familiaren auftrehen des adipositas dolorosa. *Zstrchr. f. d. ger. neurol. u Psychiatr.*, Berlin, 1922, LXXVII, p. 233.

Norberg. — Microméthode pour le dosage des phosphatides. *Biochem. Ztschr.*, 1934, 1-3, p. 269.

Oddo et Chassy. — Adipose douloureuse avec troubles vaso-moteurs et sclérodermie. *Rev. neurologique*, 30 janv. 1902, n° 2, p. 73-79.

Oumikov (Sonia). — Cellulite cervico-faciale. *Presse médicale*, 10 avril 1935, n° 29, p. 591-592.

Oumikov (Sonia). — Thèse Paris, 1935, n. 439.

Papi. — Contributo alla casistica delle adiposis dolorosa. *Gazetta degli Ospedali*, Milano, 1902, XXIII, p. 222-223.

Pasquini. — Di un caso di adiposis dolorosa. *Suppl. al. Policlinica*, Roma, 1902, X, p. 623-626.

Pasteur-Vallery-Radot et Dolfuss. — Adipose douloureuse diffuse avec modifications de la selle turcique. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, 30 juin 1922, p. 1016-1022, n° 18.

Paviot. — Les cellulites, leurs rapports avec les bacilles hépato-digestifs, leurs terrains. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juill. 1926, p. 347-359.

Paviot et Lagèze. — Sciatiques et cellulalgies. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 janv. 1929, X, p. 37-50.

Payenneville. — Deux cas de maladie de Dercum ou lipomatose douloureuse. *Normandie médical*, Rouen, 1914, XXX, p. 14.

Pennato. — Malattia di Dercum con osteomalacia. *Riforma medica*, févr. 1904, p. 115.

Petges (G.). — Les atrophies cutanées. *Nouvelle prat. dermat.*, Paris, Masson, 1936, t. IX, I.

Pierret. — Un cas de maladie de Dercum. *Echo médical du Nord*, Lille, 1912, XVI, p. 565.

Poggio (di). — Contributo alla studio delle malattia di Dercum e opoterapia ovarica. *Rossena di. clin. temp.*, Roma, 1922. XXI, p. 129-135.

Poirier. — Maladie de Dercum. Thèse Montpellier, 1911, n° 24.

Price. — Adiposis dolorosa. *Philadelphia neurol. Soc.*, 23 oct. 1906.

Price et Bird. — A case of Dercum's disease with increase sugar tolerance and epileptiform convulsions. *Journ. of amer. med. assoc.*, 1925, LXXXIV, p. 247.

Priesel et Wagner. — Des diabetes mellitus im kindesalter. Berlin, Julius Springer, 1933.

Prinet. — Contribution à l'étude de la maladie de Dercum. Thèse Lille, 1907, n° 12.

Prunier. — Adipose douloureuse chez une imbécile épileptique et aveugle. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1907. p. 168.

Rathery. — Opothérapie ovarienne et obésité. Cures simples et cures associées. *Journ. méd. franç.*, Paris, 1914, VII, p. 111-117.

Raymond et Guillain. — Adipose douloureuse. *Revue neurologique*, 1904, p. 630, n° 12.

Rebecca (Mme Toporoff). — Adipose douloureuse. Thèse Montpellier, 1911, n° 6.

Rénon et Heitz. — Adipose douloureuse avec arthropathies. *Soc. de neurol.*, 1901, 4 juill., n° 14, p. 704.

Rénon et Louste. — Adipose douloureuse à forme nodulaire. *Bull. et méd. Soc. méd. des hôp. Paris*, 1902, p. 1130, n° 22.

Renzi (de). — Lipomi, adiposis dolorosa, adiposi generale. *Gazetta degli ospedali*, Milan, 1903, XXIV, p. 215.

Risquez. — Adiposis dolorosa. *Rev. esp. med. la oto-rhino-laryngol. España*, Madrid, 1903, VI, 328-330.

Roch. — Formes indolores de la lipomatose symétrique. *Rev. de méd. de Suisse romande*, 1908, XXVIII, p. 255-275.

Rocher et Guérin. — Cellulite diffuse à forme érysipélatoïde due au staphylocoque doré (3 cas). *Rev. franç. de pédiat.* 8, 1932, p. 548-558.

Rogues de Fursac. — Adipose douloureuse. *L'encéphale*, *févr.* 1908, p. 131, n° 3.

Rome. — Maladie de Dercum. *Lyon médical*, 1904, p. 1005.

Roux (Johanny). — Maladie de Dercum et goitre exophtalmique. *Revue neurologique*, Paris, 1902, p. 71-73, n° 10.

Roux et Vitaut. — Adipose douloureuse. *Soc. de neurol.* (séance de sept. 1901), n° 18, p. 881-888.

Sainton. — Troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne. *L'encéphale*, 1906, p. 244, n° 5.

Sainton et Ferrand. — Adipose douloureuse. *Gaz. des hôp.*, 1903, p. 957.

Salvatori. — Adiposis dolorosa. *Policlinica*, Rome, 1902, IX (sez. prat.), p. 273.

Sassone. — Adipose douloureuse. *Térapia*, 17 juill. 1927, p. 233-239.

Schwenckenbecker. — Ueber adipositas dolorosa. *Deutsche arch. für klinische medizin*, Leipzig, 1904, p. 317.

Sellerin. — Adipose douloureuse. Thèse Paris, 1903, n° 247.

Sézary. — Quatre cas d'adipose douloureuse. *Rev. de méd.*, 1907, p. 59-69, n° 4.

Sicard et Berkowitch. — Trois cas d'adipose douloureuse après ovariectomie. *Soc. méd. des hôp. Paris*, 19 juin 1908 (3e sect.), XXV, p. 955-959.

Sicard et Roussy. — Adipose douloureuse suite d'ovariectomie. *Soc. méd. des hôp. Paris*, 16 oct. 1903, n° 25.

Simoniesco. — Adipose douloureuse. *Revue neurologique*, juin 1901, p. 557.

Spuller. — Three cases of adiposis dolorosa. *Medical news*, févr. 1898.

Stanley. — Adiposis dolorosa. *British med. journ.*, 1905, p. 824.

Stern. — Adiposis dolorosa and myxoedema. *The amer. journ. of med. soc.*, 1910, p. 456.

Stoekonius. — Maladie de Dercum. *München medizin Wochenschrift*, 1927, 22 juill., p. 1251.

Strubing. — Adiposis dolorosa. *Arch. of dermat. and. syphil.*, 1902, LIX, p. 2.

Taylor. — Adiposis dolorosa. *Journ. of. nervous and mental diseases*, New-York, 1905, XXXII, p. 801.

Taylor et Luce. — Dercum's disease. *Boston med. journ.*, 1906, CLIV, p. 187-190.

— Dercum's disease. *Dep. Neurol. Harv. M. Sch.*, Boston, 1906, p. 197.

Teixera, Mendes et Monteserra. — Un cas de maladie de Dercum. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1917, p. 288-292.

Thimm. — Adipositas dolorosa und schwerzende symetriche lipome. *Monostschr. für prakt. Dermatologie*, Hambourg, 1903, p. 281.

Toporoff (Mme). — Thèse Montpellier, 1911, n° 6 (Voir Rebecca).

Trémolières, Tardieu et Merklen. — Maladie de Dercum et cellulite à la ménopause. *Bull. et méd. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 31 oct. 1931, p. 1496, n° 26.

Tsudzimura. — Insuline effects in blood, studies *in vitro*. *Arch. f. d. ger. physiol.*, 1934, 234, p. 250-254.

Vlador et Tareef. — Adiposis dolorosa. *E. M. Moskou med. journ.*, 1924, IV, pt. 3, p. 12-16.

Waldorp. — An original clinical interpretation of Dercum's disease. *Endocrinology*, Los Angeles, 1924, VIII, p. 54-60.

Weiss. — Ueber adipositas dolorosa. *Wien. Klin. Wochenschrift.*, 1903, XVI, p. 496-500.

Wilson. — Adiposis dolorosa. *Amer. journ. of surgery*, 1933, 19, p. 576-581.

Winckelmann et Eckel. — Adiposis dolorosa. *Journ. of amer. med. assoc.*, Chicago, 1925, n° 85, p. 1935.

Wingate. — Adiposis dolorosa, with report of a case. *Wiscansi med. journ.*, Milwaukee, 1905, 6, IV, p. 591-593.

Wittmann. — Adipose douloureuse. *Illinois med. journ.*, Chicago, 1917. XXXI, p. 165-168.

19.530. — Bordeaux. Imprimerie Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.